|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （Ver.9.2） |  | 整理番号 |  |
| （治験依頼者←→実施医療機関の長） | | 区　　分 | 1.治験 |

**契約内容変更に関する覚書（治験）**

受託者『*（実施医療機関の名称）*』（以下「甲」という。） と 委託者『*（治験依頼者の名称）*』

（以下「乙」という。）との間において、（西暦） 年 月 日

付で締結した被験製品『 *（成分記号又はコード）* 』の臨床試験に関する治験契約書の一部を以下のとおり変更する。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 治験課題名 | |  | |
|  | 変更事項（条項） | 変更前 | 変更後 |
| 変更内容 |  |  |  |

以上の合意の証として本書２通を作成し、甲乙記名押印又は署名の上、各１通を保有する。

（西暦） 年 月 日

甲 住所　静岡県磐田市大久保512番地3

　　氏名　磐田市立総合病院

事業管理者　　　　　鈴木　昌八 　印

乙 住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

印

上記の契約変更の内容を確認しました。

（西暦） 年 月 日

治験責任医師：（記名押印又は署名）

（※　治験責任医師の記名等の必要がない場合は、削除してご利用ください。）