

該当区分へ○を記入ください。

調査様式 5-1

(調査依頼者→実施医療機関の長)

整理番号	
区分	1. 使用成績調査 2. 特定使用成績調査

空白でご提出ください。

西暦 年 月 日

製造販売後調査契約変更要望書

独立行政法人国立病院機構
水戸医療センター 院長 殿

依頼者様の下記情報をご記入ください。

黄色マーカー箇所の各欄へご記入ください。

調査依頼者

住所：

名称：

代表者： 印

今般 西暦 年 月 日 付け締結の下記に関する製造販売後調査契約書について、契約内容の変更を要望します。

記

薬 剤 名			
課 題 名			
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後
		<p>【記載例】</p> <p>* 契約期間延長の場合 契約期間：：契約締結日～西暦 年 月 日</p> <p>* 症例追加の場合 目標数：○例（1 症例あたりの報告書数：○ 報告）</p> <p>* 研究担当者変更の場合 研究担当者：研究責任医者</p> <p>研究分担者：</p>	<p>契約期間：：契約締結日～西暦 年 月 日</p> <p>目標数：○例（1 症例あたりの報告書数：○ 報告）</p> <p>研究担当者：研究責任医者</p> <p>研究分担者：</p>
変 更 理 由			

調 査 責 任 医 師	上記内容の確認日 西暦 年 月 日
	記名捺印又は署名