

該当区分へ○を記入ください。

調査様式 9-2

(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 |

契約内容変更に関する覚書

受託者『独立行政法人 国立病院機構 水戸医療センター 院長』（以下「甲」という。）と委託者『（調査依頼者の名称）』（以下「乙」という。）との間において、西暦 年 月 日付で締結した薬剤名『 』の調査に関する製造販売後調査契約書の一部を以下のとおり変更する。

黄色マーカー箇所各欄へご記入ください。

記

| | | | |
|---------|-----------|--|--|
| 課 題 名 | | 調査実施要綱 No. ()、西暦 年 月 日作成 | |
| 変 更 内 容 | 変更事項 (条項) | 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> |

以上の合意の証として本書 2 通を作成し、甲乙記名捺印の上、甲 1 通乙 1 通を保有する。

西暦 年 月 日

甲 茨城県東茨城郡茨城町桜の郷 2 8 0 番地
独立行政法人国立病院機構水戸医療センター

院 長 山口 高史 印

乙 (住 所)
(名 称)
(代表者) 印

上記の契約変更の内容を確認しました。

西暦 年 月 日

調査責任医師： 