

西暦 20××年 ■月 ×日

受託調査契約等変更依頼書

福島県立医科大学附属病院長 様

調査依頼者

(住所) 〒×××-××××
(TEL) 024 (〇〇〇) △△△△
(名称) ※※製薬株式会社
(職・氏名) 代表取締役社長 ○○○○ 印

診療科等の長

(診療科等) □□□□科
(職・氏名) 教授 ■■■■ 印

下記の受託調査について内容を一部変更いたしたく、所定の手続きをお願いします。

記

Table with 2 main columns: Project No. (SE××××) and Survey Title (△△△錠の使用成績調査). Includes checkboxes for 'Use Performance Survey', 'Medicine', 'Medical Equipment', 'Other', 'Implementation Outline', 'Survey Ticket', 'Entrusted Survey Contract', and 'Attachment'. A comparison table shows changes in target cases (3 to 4) and costs (¥180,180 to ¥240,240). Includes contact information for the requester.

変更内容を記入して下さい。症例の追加以外に、実施要綱の改訂、診療科等の長や調査担当者の変更等があります。

経費の増加の場合は消費税額を忘れず記入して下さい。

記入しきれない場合は、次頁を利用して下さい。

添付資料一覧

Table with 3 columns: Document Name, Creation Date, and Version Number. Lists 'Entrusted Survey Fee Calculation Sheet' and 'Other'.

注) なお、平成18年度4月1日から施行された「福島県立医科大学附属病院医薬品等臨床試験実施細則」についても了解済みである。