

西暦 20××年 ■月 ×日

受託調査契約等変更依頼書

福島県立医科大学会津医療センター附属病院長 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', etc., and a comparison table for 'Change Content' (Target cases, Costs) before and after modification. Includes callouts for 'Change content please record' and 'Record if increase in costs'.

添付資料一覧

Table with 3 columns: Document Name, Creation Date, Version Number. Row 1: 受託調査費計算書 (西暦 20××年 ■月 ×日). Row 2: その他 (西暦 年 月 日).

注) なお、平成25年5月12日から施行された「福島県立医科大学会津医療センター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。