

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

プロジェクト No.	SE×××××	
調査課題名	△△△錠の使用成績調査	
	<input checked="" type="checkbox"/> 使用成績調査 <input type="checkbox"/> 特定使用成績調査 <input checked="" type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 実施要綱 <input type="checkbox"/> 調査票 <input checked="" type="checkbox"/> 受託調査契約書 <input type="checkbox"/> 添付文書 <input type="checkbox"/> その他 ()	
変更内容	項	変更後
	①目標とする症例数 ②調査に要する経費	変更前 (西暦 年 月 日作成、 版) ① 3例 ② ¥180,180(うち消費税及び地方消費税の額 ¥8,580)
		① 4例 ② ¥240,240(うち消費税及び地方消費税の額 ¥11,440)
経費の増加の場合は消費税額を忘れず記入して下さい。		目標症例数追加のため
依頼者担当者連絡先	氏名: ○○※※ TEL: FAX: Email: 所属: ※※製薬株式会社	記入しきれない場合は、次頁を利用して下さい。

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

資料名	作成年月日	版番号
<input checked="" type="checkbox"/> 受託調査費計算書	西暦 20××年 ■月 ×日	
<input type="checkbox"/> 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。