

西暦 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 殿  
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 ○○○○

診療科等の長  
(診療科等) □□□□科  
(氏名) ■■■■■ 印

日付は診療科の長の押印を取得した日を記載させていただきますので、空欄でご提出をお願いいたします。

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	
類	<input checked="" type="checkbox"/> 一般使用成績調査 <input type="checkbox"/> 特定使用成績調査 <input type="checkbox"/> 使用成績比較調査	
概要	<input checked="" type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器 <input type="checkbox"/> 再生医療等製品 <input type="checkbox"/> その他	
書	<input type="checkbox"/> 実施要綱 <input type="checkbox"/> 登録票 <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 ( )	
項	変更前	変更後
変更内容	① 調査に要する経費 ② 目標とする症例数 ① ¥180,180 (うち消費税及び地方消費税の額 ¥8,580) ② 3例	① ¥240,240 (うち消費税及び地方消費税の額 ¥11,440) ② 4例
変更理由	目標症例数追加のため	
氏名	◎◎※※	所属: ※※製薬株式会社
TEL	FAX	Email

変更内容を契約書順に記入してください。症例の追加以外に、診療科等の長や調査担当者の変更、実施要綱の改訂等があります。

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	添付日
<input type="checkbox"/> 実施要綱	西暦 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 添付文書	西暦 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 調査票		
<input type="checkbox"/> 登録票		
<input checked="" type="checkbox"/> 受託調査費計算書	西暦 年 月 日	
<input type="checkbox"/> その他( )	西暦 年 月 日	

日付は診療科の長の押印を取得した日を記載させていただきますので、空欄でご提出をお願いいたします。

注) なお、平成25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製造販売後調査実施細則」についても了解済みである。