様式3

西暦　　　年　　　月　　　日

製造販売後調査契約内容変更申請書

独立行政法人地域医療機能推進機構

徳山中央病院長殿

製造販売後調査依頼者

所在地

名称

㊞

代表者

調査責任医師

所属・職名

署名

今般、西暦　　　　年　　　　月　　　　日付の製造販売後調査契約書について、下記の通りその内容の変更を申請致します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医薬品名・規格 |  | |
| 調査課題名 |  | |
| 変更区分 | 製造販売後調査実施計画書  調査責任医師  依頼調査数  調査期間  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 変更内容 | （変更前） | （変更後） |
| 変更理由 |  | |
| 担当者の  氏名・連絡先 | 所属・職名・氏名  ＴＥＬ： | |

副作用・感染症報告の調査予定期間開始日は申込日を記載すること

独立行政法人地域医療機能推進機構

徳山中央病院治験審査委員会委員長　殿

上記の製造販売後調査契約内容変更について、上記の事項の審査を依頼します。

独立行政法人地域医療機能推進機構

㊞

徳山中央病院長