様式 ④　（依頼者/責任医師→実施医療機関の長）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 整理番号 |  |
| 区分 | □特定使用成績調査　　□使用成績調査  □副作用・感染症報告　□その他 |

西暦　　　　年　　　月　　　日

受託研究に関する変更申請書

実施医療機関の長

独立行政法人国立病院機構

千葉医療センター　院長　　殿

依頼者

（名称）

（代表者） 印

責任医師

（氏名） 印

下記の製造販売後調査において、以下のとおり変更したく、申請いたします。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 薬剤名 | |  | | |
| 課題名 | |  | | |
| 変更文書等 | | □実施要綱　　　□調査票の見本　　　□説明文書、同意文書  □登録票　　　　□契約書  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 変更内容 | 変更事項 | 変更前 | 変更後 | 変更理由 |
|  |  |  |  |
| 添付資料 | |  | | |
| 担当者連絡先 | | 氏名：　　　　　　　　　所属：  TEL：　　　　　　FAX:　　　　　　Email： | | |