

整理番号		
区 分	☐ 治験	☐ 製造販売後臨床試験
	☐ 医薬品	☐ 医療機器

契約内容変更に関する覚書

受託者『社会医療法人医仁会 中村記念病院』（以下「甲」という。）と委託者『（治験依頼者の名称）』（以下「乙」という。）との間において、西暦_____年_____月_____日付で締結した治験薬『（治験薬コード名）』の臨床試験に関する治験契約書の一部を以下のとおり変更する。

記

治 験 課 題 名		治験実施計画書 No. () 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 作成	
変 更 内 容	変 更 事 項	変更前	変更後

以上の合意の証として本書2通を作成し、甲・乙記名捺印の上、各1部を保有する。

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

甲 (住 所)
(名 称)
(代表者) 印

乙 (住 所)
(名 称)
(代表者) 印

上記の契約変更の内容を確認しました。

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

治験責任医師： （治験責任医師の記名捺印又は署名）