

整理番号	
区分	1. 治験 2. 製造販売後臨床試験

契約内容変更に関する覚書

受託者『国家公務員共済組合連合会 浜の町病院』(以下「甲」という。)と委託者『(治験依頼者の名称)』(以下「乙」という。)並びに『(開発業務受託機関の名称)』(以下「丙」という。)との間において、平成(西暦)____年____月____日付で締結した治験薬『(成分記号又はコード)』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		課題名：	
		治験実施計画書No. ()、平成(西暦)____年____月____日作成	
変 更 内 容	変更事項(条項)	変更前	変更後

以上の合意の証として本書3通を作成し、甲・乙・丙記名捺印の上、甲乙丙各1通を保有する。

平成(西暦)____年____月____日

甲 (住 所) 福岡市中央区舞鶴3丁目5-27
(名 称) 国家公務員共済組合連合会 浜の町病院
(代表者) 院長 安井 久彦 印

乙 (住 所)
(名 称)
(代表者) 印

丙 (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。

平成(西暦)____年____月____日

治験責任医師：_____(記名捺印又は署名)