

整理番号	
区分	<input type="checkbox"/> 治験 <input type="checkbox"/> 製造販売後臨床試験

## 契約内容変更に関する覚書

受託者『独立行政法人国立病院機構 愛媛病院 院長 西村 一孝』（以下「甲」という。）と委託者『  
 』（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『  
 』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. ( _____ )、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 1 通乙 1 通丙 1 通を保有する。

平成（西暦） \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

甲 （住 所）愛媛県東温市横河原 3 6 6  
 （名 称）独立行政法人国立病院機構  
 愛媛病院  
 （代表者）院長 西村 一孝 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： \_\_\_\_\_