

(Ver. 8.0)

(治験依頼者←→実施医療機関の長)

| | |
|------|-------|
| 整理番号 | |
| 区分 | 1. 治験 |

契約内容変更に関する覚書（治験）

受託者『 **JA 静岡厚生連 静岡厚生病院** 』（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 付で締結した被験薬『 （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 | | | |
|-----------|----------|-----|-----|
| 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2通を作成し、甲乙記名押印又は署名の上、各1通を保有する。

（西暦） 年 月 日

甲 住所 **静岡市葵区北番町23**
氏名 **JA 静岡厚生連 静岡厚生病院**
病院長 玉内登志雄 印

乙 住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）
氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）
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： （記名押印又は署名）

（※ 治験責任医師の記名等の必要がない場合は、削除してご利用ください。）