

(Ver. 9.0)

(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『**J A 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製品『（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			
	変更事項（条項）	変更前	変更後
変更内容			

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番地**
氏名 **J A 静岡厚生連 静岡厚生病院**
病院長 水野伸一 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。）