西暦　　　　年　　月　　日

治験契約変更要望書

熊本大学病院長　 殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　治験依頼者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（名称）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（代表者）

　下記の治験について契約の変更を要望いたします。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被験薬の化学名 又は識別記号 | |  | 治験実施計画書番号 | |  |
| 治験課題名 | |  | | | |
| 治験責任医師氏名  （診療科名・職名・氏名） | |  | | | |
| 変更内容 | 事項 | 変更前 | | 変更後 | |
| 原 契 約  第●条第●項 |  | |  | |
| 変更理由 | |  | | | |
| 担当者の連絡先 | | 氏名：　　　　　　　　　　　　所属：  TEL：　　　　　 　　FAX: 　　　　　　　Email： | | | |