様式 ④　（依頼者/責任医師→実施医療機関の長）

整理番号	
区分	□特定使用成績調査　□使用成績調査 □副作用・感染症報告　□その他

西暦　　年　　月　　日

受託研究に関する変更申請書

実施医療機関の長
独立行政法人国立病院機構
千葉医療センター　院長　　殿

依 頼 者
（名 称）
（代表者）　　印
責任医師
（氏 名）　　印

下記の製造販売後調査において、以下のとおり変更したく、申請いたします。

記

薬　剤　名				
課　題　名				
変更文書等		□実施要綱　□調査票の見本　□説明文書、同意文書 □登録票　□契約書 □その他（　　）		
変更内容	変更事項	変 更 前	変 更 後	変更理由
添 付 資 料				
担当者連絡先		氏名：　　所属： TEL：　　FAX:　　Email：		