

契 約 内 容 変 更 に 関 す る 覚 書

【医療機関名】（以下、「甲」という）と【治験依頼者名】（以下、「乙」という）との間において、
年 月 日付で締結した被験薬【被験薬名】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. ()	
変 更 内 容	変 更 事 項	変 更 前	変 更 後

以上合意の証として本書を2通を作成し、甲乙記名捺印の上各1通を保有する。

年 月 日

(住所)
甲 (名称)
(代表者) 印

(住所)
乙 (名称)
(代表者) 印

上記の覚書内容を確認しました。

年 月 日

治験責任医師： (署名または記名捺印)