

受託研究実施計画変更依頼書

松江市立病院
病院長 ○○○ 様

(受託研究依頼者) 住 所○○県○○市○○12-3
名 称○○株式会社
氏 名○○○○ 印

下記のとおり、受託研究実施計画を変更いたしたくお願い申し上げます。

記

1. 受託研究の名称

○○錠特定使用成績調査

2. 受託研究担当医師および診療科

受託研究担当医師： △△△△

診療科： □□科

3. 受託研究依頼者

会社名 ○○株式会社

担当者氏名 □□□□

担当者連絡先 電話番号、メールアドレス記入

4. 変更理由

例) 受託研究担当医師の変更

共同研究医師の変更

実施期間の変更等

5. 変更事項 ※共同研究医師の変更の場合の記載例

(変更前)

第1条 (6) 共同研究医師 (○○○○、◇◇◇◇)

(変更後)

第1条 (6) 共同研究医師 (○○○○、◇◇◇◇、▼▼▼▼)