

## 様式調 9 記入例

※提出部数：2部

様式 調 9

当院でつけている「調」で始まる番号を記入してください。

整理番号	
区 分	3. 製造販売後調査 (製造販売後臨床試験を除く)

## 製造販売後調査契約変更契約書

受託者『愛媛県立中央病院』(以下「甲」という。)と委託者『△製薬株式会社』(以下「乙」という。)との間において、平成 年 月 日付けで締結した医薬品等：(契約書・実施計画書のとおり)の製造販売後調査契約書(以下「原契約」という。)の一部を以下のとおり変更する。

契約書の項目・第〇条第〇項等記入してください。

初回の現契約締結年月日を記入してください。

製造販売後調査課題名		契約書・実施計画書のとおり	
記		実施計画書 NO. ( ) 平成 年 月 日作成	
変更内容	変更事項	変更前	変更後
	第 2 条(6)契約期間	平成〇年〇月〇日～令和 3 年 3 月 31 日	平成〇年〇月〇日～令和 4 年 3 月 31 日
	第 2 条(7)契約期間中調査予定症例数	2 症例 (1 症例につき 4 冊)	3 症例 (1 症例につき 4 冊)
	第 2 条(10)調査分担医師(職名・氏名)	部長 △△△△ 副医長 ◇◇◇◇ 医師 □■□■ 専攻医 ●●●●	部長 △△△△ 医長 ◇◇◇◇ 専攻医 ●●●●
	第 3 条(調査に係る経費)	金 247,104 円 (うち消費税及び地方消費税 金 18,304 円)	金 370,656 円 (うち消費税及び地方消費税 金 27,456 円)
		変更前の内容を記入してください。	変更後の内容を記入してください。

令和元年 10 月 1 日より、消費税改定により調査経費を改訂しております。金額にご留意ください。

本契約締結の証として本書を 2 通作成し、甲乙記名押印の上各 1 通を保有するものとする。

令和 年 月 日

空欄で提出してください。

愛媛県松山市春日町 83 番地

甲 愛媛県立中央病院  
院長 菅 政治

印

東京都〇〇区〇〇 1-1

乙 △製薬株式会社  
代表取締役 ○▲○▲

印

空欄で提出してください。

上記の契約変更の内容を確認しました。

令和 年 月 日

調査責任医師 ◆◆◆◆

印