

様式調 8 記入例

※提出部数：1部

様式 調 8

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申請書

令和 年 月 日

愛媛県立中央病院 院長 様

受理日となります。空欄で提出してください。

調査依頼者 住 所 東京都〇〇区〇〇 1-1
名 称 △製薬株式会社
代表者代表取締役 ○▲○▲印

平成 年 月 日付け締結の下記に関する契約書について、契約内容の変更を申請します。

初回の現契約締結年月日を記入してください。

記

初回の現契約締結年月日を記入してください。

医薬品等名		実施計画書・契約書に記載されている内容をご記入ください。	
製造販売後調査課題名		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)
変更理由		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。	
調査依頼者の 担当者連絡先		所属：△製薬株式会社〇〇営業所 送付先住所：〇〇市□□町▽番▲号 〇〇ビル△階 氏名：◇◇◇◇ TEL：000-000-0000 FAX：000-000-0000	

契約書の項目・第〇条第〇項等記入してください。

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。金額にご注意ください。

具体的な変更理由を記入してください。

ご担当者様への連絡及び契約書の発送先になりますので、漏れなくご記入ください。