

## 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、 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	
製造販売後調査課題名		実施計画書 NO. ( ) 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	〇年〇月〇日～令和 7 年 3 月 31 日	〇年〇月〇日～令和 8 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 251,680 円 (うち消費税及び地方消費税 金 22,880 円)	金 377,520 円 (うち消費税及び地方消費税 金 34,320 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。

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 中西 徳彦

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