

4桁の管理番号を記載

整理番号	
区分	<input type="checkbox"/> 使用成績調査 <input type="checkbox"/> 使用成績調査（全例調査） <input type="checkbox"/> 特定使用成績調査
	<input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器 <input type="checkbox"/> 再生医療等製品

西暦 年 月 日

提出日を記載

製造販売後調査変更申請書

実施医療機関の長

京都大学医学部附属病院長 殿

調査依頼者

(名称)

(代表者)

印

調査責任医師

(所属・職名)

(氏名)

印

原契約日を記載

年 月 日付けで契約した医薬品等市販後調査において、下記のとおり変更したく、申請いたします。

記

医薬品等名				
研究題目				
変更事項		<input type="checkbox"/> 調査責任医師の変更 <input type="checkbox"/> 症例数/報告書作成数の変更 <input type="checkbox"/> 調査期間の変更 <input type="checkbox"/> 実施要綱の変更 <input type="checkbox"/> その他 ()		
変更内容	変更事項	変更前	変更後	変更理由
	<p>契約変更の場合は、変更となる条項を必ず記載</p>			
添付資料				
担当者連絡先		氏名 :	所属 :	
		TEL :	Email :	