

受託試験（調査）変更依頼書

西暦 年 月 日

公立大学法人
横浜市立大学附属病院長

調査責任者
診療科等
氏名 印
依頼者
住所(所在地)
法人名
代表者氏名 印

横浜市立大学附属病院で実施している受託試験（調査）について、次のとおり変更したいので依頼します。

- 1 調査対象名 _____ 一般名 _____
- 2 調査種類 特定使用成績調査 使用成績調査 市販直後調査
副作用・感染症報告 その他（ _____ ）
- 3 調査目的 _____

4 契約年月日 西暦 年 月 日

5 変更内容

期間延長 症例数・報告数 担当医師 その他

変 更 前	変 更 後

*非常勤診療医・シニアレジデント・特任教員・大学院生を調査分担者として追加する場合は第8号様式の別紙を添付

6 その他（添付書類等）

7 依頼者連絡先（書類送付先）

担当者所属・氏名

所在地 〒

電話番号

E-mail