西暦　　　　年　　月　　日

**該当する方を○で囲む**

**一般使用成績調査 → B**

**特定使用成績調査・使用成績比較調査 → C**

**固定版提出時に記載**

調査に関する変更申請書

実施医療機関の長

鹿児島大学病院長　殿

調査依頼者

○○株式会社

代表取締役社長　○○　○○

調査責任医師

**所属・役職は記載不要**

**責任医師の変更の場合，変更前の責任医師を記載**

○○　○○

下記の調査において、以下のとおり変更したく、申請いたします。

**実施計画書番号がある場合に記載**

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 調査実施計画書番号 | |  | | | | | |
| 被験薬 | | 商品名 |  | | 一般名 |  | |
| 調査課題名 | |  | | | | | |
| 変更文書等 | | □調査実施計画書又は実施要綱　□調査票の見本  □説明文書、同意文書　□その他（ 　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 変更内容 | 変更事項 | 変更前 | | 変更後 | | | 変更理由 |
| 契約期間の延長  責任医師の変更  実施要綱の変更 | 契約締結日から西暦20○○年3月31日  ○○○○  変更対比表参照 | | 契約締結日から西暦20○○年3月31日  ○○○○  変更対比表参照 | | | 契約期間の延長のため  責任医師の変更のため（西暦○年○月○日から変更）  実施要綱の変更のため |
| 添付資料 | | 実施要綱　（○○○○年○○月○○日）  **原則、記載例に従ってご記載下さい。**  **例外の場合のみ、こちらからご相談します。**  実施要綱変更対比表（○○○○年○○月○○日）等 | | | | | |
| 担当者連絡先 | | 氏名：　　　　　　　　　所属：  TEL：　　　　　　FAX:　　　　　　Email： | | | | | |