

・記載できる箇所は全て記載すること

・□は該当箇所を■にしてください

・調査責任医師の押印済のものを提出すること

整理番号	(何も記入しないでください)	
区分	<input type="checkbox"/> 一般使用成績調査	<input checked="" type="checkbox"/> 特定使用成績調査
	<input type="checkbox"/> 副作用・感染症報告	<input type="checkbox"/> 使用成績比較調査
	<input checked="" type="checkbox"/> 医薬品	<input type="checkbox"/> 医療機器

西暦 20●●年 ●●月 ●●日

調査に関する変更申請書

当センターへの提出日を記入
(手書き可)

実施医療機関の長

東北医科薬科大学病院 病院長 殿

調査依頼者

〇〇薬品株式会社

〇〇 〇〇

印

調査責任医師

〇〇 〇〇

印

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。

記

調査薬の名称	△△△△△	調査実施計画書番号	△△△△△	
調査課題名	△△△△△ △△△△△			
変更文書等	<input type="checkbox"/> 調査実施計画書 <input type="checkbox"/> 説明文書、同意文書 <input checked="" type="checkbox"/> 調査実施期間 <input type="checkbox"/> 調査責任医師・分担医師 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (調査責任医師の職名)			
変更内容	変更事項	変更前	変更後	変更理由
	調査実施期間	20●●年●●月●●日 ～20▲▲年▲▲月▲▲日	20●●年●●月●●日 ～20△△年△△月△△日	更なる症例数が見込まれるため
	調査責任医師の職名	〇〇科・助教	〇〇科・教授	病院の実施体制の変更のため
添付資料				
担当者連絡先		氏名：〇〇 〇〇 所属：〇〇 TEL：◎◎◎-◎◎-◎◎ FAX：◎◎◎-◎◎-◎◎ Email：▼▼@〇〇〇〇		