

## 製造販売後調査等変更申請書

年 月 日

姫路赤十字病院

院長 佐藤 四三 様

依頼者

住 所

会 社 名

代表者名

印

\_\_\_\_\_年 月 日付で契約を締結した「\_\_\_\_\_」の  
使用成績調査 特定使用成績調査 副作用・感染症調査 に関し、下記のとおり変更の必要が生じたので申請いたします。

1. 医 薬 品 名		
2. 調 査 目 的		
3. 変 更 事 項	変 更 前	変 更 後
ア、調査予定症例数 イ、調査期間 ウ、その他 エ、中止	_____ 症例 _____年 月 日 ~ _____年 月 日	_____ 症例 _____年 月 日 ~ _____年 月 日
4. 変 更 の 理 由		
5. 調 査 担 当 者	担当責任医師 _____ 印 ( _____ 科) 担当医師 _____ 担当医師 _____	
6. 依 頼 担 当 責 任 者	連絡先 T e l _____	