

整理番号	
区分	☐ 製造販売後調査 ☐ 副作用・感染症報告
	☐ 医薬品 ☐ 医療機器 ☐ 再生医療等製品

西曆 年 月 日

↑提出日は責任医師確認日以降の日付を記載してください

製造販売後調査に関する変更申請書

実施医療機関の長

弘前大学医学部附属病院 病院長 殿

調查依賴者

(住所)

(名称)

(代表者)

←契約者名を記載してください
(押印不要)

調査責任医師

(所属) 例) 呼吸器内科, 感染症科

(氏名)

↑区切り文字は「,」としてください

下記の製造販売後調査において、以下のとおり変更したく、申請いたします。

記

医薬品等名			
調査課題名			
変更文書等		☐ 製造販売後調査契約書 ☐ 調査実施要綱 ☐ 調査票の見本 ☐ その他（ ）	
変更内容	変更事項	変更前	変更後
	例) 第1条 目標とする 症例数	↓変更箇所に下線を引いてください 例) 1例（1部／症例） ※第6条 調査に要する経費については記載不要です	例) 2例（1部／症例）
	例) 第1条 契約期間	例) 契約締結日 ～ 2026年3月31日	例) 契約締結日 ～ 2030年3月31日
変更理由		例) 契約症例数追加のため 例) 契約期間延長のため	
添付資料		必要に応じ記載してください 必要がない場合は空欄としてください	
担当者連絡先		氏名：	所属：
		TEL：	FAX：
		Email：	