契約書式 3-1

（治験依頼者⟷実施医療機関の長）

整理番号	
区　　分	1. 治験 2. 製造販売後臨床試験

契約内容変更に関する覚書

受託者『長野県厚生農業協同組合連合会　佐久総合病院』（以下「甲」という。）と委託者『*（治験依頼者の名称）*』（以下「乙」という。）との間において、（西暦）　　年　　月　　日付で締結した被験薬『*（成分記号又はコード）*』の臨床試験に関する治験契約書の一部を以下のとおり変更する。

記

治　験　課　題　名		治験実施計画書 No.（　　）	
変更内容	変更事項（条項）	変更前	変更後

以上の合意の証として本書２通を作成し、甲乙記名捺印又は署名の上、各１通を保有する。

（西暦）　　年　　月　　日

甲　長野県佐久市臼田 197 番地
長野県厚生農業協同組合連合会　佐久総合病院
病院長　　*（氏名）*　　印

乙　住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）
氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）
印

上記の契約変更の内容を確認しました。

（西暦）　　年　　月　　日

治験責任医師：（記名捺印又は署名）