令和　年　　月　　日

治験に関する変更申請書

実施医療機関の長

愛知県がんセンター　病院長 殿

治験依頼者

治験責任医師

下記の治験において、以下のとおり変更したく、申請いたします。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被験薬の化学名又は識別記号 |  | 治験実施計画書番号 |  |
| 治験課題名 |  |
| 変更文書等 | □治験実施計画書 □説明文書、同意文書□治験薬概要書 　□治験分担医師　　　□その他（受託研究費） |
| 変更内容 | 変更事項 | 変更前 | 変更後 | 変更理由 |
| 受託研究（治験）契約書第１条(4)予定症例数 | 〇症例 | 〇症例 | 契約症例数追加のため |
| 添付資料 | ・『治験等経費算定表』・『新規契約算出表』（今年度新規契約の場合）・『継続契約算出表』（今年度継続契約の場合） |
| 担当者連絡先 | 氏名： 所属：TEL：　　 FAX: Email： |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　年　　月　　日

治験に関する変更申請書

実施医療機関の長

愛知県がんセンター　病院長 殿

治験依頼者

治験責任医師

千種　花子

下記の治験において、以下のとおり変更したく、申請いたします。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被験薬の化学名又は識別記号 |  | 治験実施計画書番号 |  |
| 治験課題名 |  |
| 変更文書等 | □治験実施計画書 □説明文書、同意文書□治験薬概要書 　□治験分担医師　　　□その他（受託研究費） |
| 変更内容 | 変更理由 |
|  |
| 添付資料 | ・『治験等経費算定表』・『新規契約算出表』（今年度新規契約の場合）・『継続契約算出表』（今年度継続契約の場合）・『コホート追加用算出表』 |
| 担当者連絡先 | 氏名： 所属：TEL：　　 FAX: Email： |