

整理番号	
区分	1. 治験

契約内容変更に関する覚書（治験）

受託者『公益財団法人 浜松市医療公社 浜松医療センター』（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			
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、甲乙記名押印又は署名の上、各1通を保有する。

（西暦） 年 月 日

甲 住所 静岡県浜松市中区富塚町328
 氏名 公益財団法人 浜松市医療公社
 浜松医療センター
 理事長 山下 堅 司 印

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