

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『.....』（以下「乙」という。）並びに開発業務受託機関『.....』（以下「丙」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3通を作成し、甲乙丙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

丙

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