書式浜医セ 3C-4（Ver.9.0）
（治験依頼者、開発業務受託機関←→実施医療機関の長）

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機器『 *（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

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：（記名押印又は署名）

（※　治験責任医師の記名等の必要がない場合は、削除してご利用ください。）