調査　書式5 （調査　管理番号：　　 －　　－　　　　）

西暦　　　　年　　月　　日

医薬品等製造販売後調査変更申請書

名古屋市立大学病院長　様

調査依頼者

　住所

　名称

　代表者　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

調査責任医師

診療科名：

氏名（署名）：

下記のとおり、調査を変更したいので申請します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医薬品等名称 |  | | | |
| 区　分 | □　再審査　□　再評価 | | | |
| □　使用成績調査　□　特定使用成績調査　□その他( 　 ) | | | |
| 変更事項 | 変　　更　　前 | | 変　　更　　後 | |
| 調査責任医師 |  | |  | |
| 調査分担医師 |  | |  | |
| 調査予定期間 |  | |  | |
| 調査予定症例数 |  | |  | |
| 委託料 | 調査費用：  管理費：  消費税：  合計： | 円  円  円  円 | 調査費用：  管理費：  消費税：  合計： | 円  円  円  円 |
| その他 |  | |  | |
| 変 更 理 由 | | | | |

本市販後調査の受託に同意します。

受託講座名　　　　　　　　　　　　　　講座責任者氏名　　　　　　　　　　　　印