様式２

 　西暦 　　　年　　月　　日

　調査委託一部変更届

大阪市立大学医学部附属病院

病院長 様

申込者　住所：

名称：

氏名：　　　　　　　　　　印

下記のとおり調査を一部変更したいので受け入れて下さるようお願いします。

記

１．一部変更する調査品目

（１）承認番号 号　　（前回契約日 西暦　　 年　　月　　日）

（２）調査の課題名

２．変更内容

（１）契約期間　　 　　　　契約締結日 ～　西暦 年 月 日

　　　　　　 変更前（契約締結日 ～　西暦 年 月 日）

（２）予定症例数　　　 　　　　　　　例　　　　　　　　件

変更前　　　　　　　例　　　　　　　　件

（３）調査委託料　　　 　　　　　　　　　　　円 　（消費税別途）

変更前　　　　 　　　　円 　（消費税別途）

（４）その他

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 診療科等名 |  |
|  | 教室責任者 | 印 |
|  | 調査責任医師 | 印 |