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

下記のとおり調査委託の内容を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．変更する調査委託

（１）調査課題名

（２）承認番号 号　（原契約締結日　　　　西暦　　 年　 　月　 　日）

　　　　　　　　　　　　　　 （前回変更契約締結日 西暦　　 年　 　月　 　日）

２．変更内容

（１）調査期間　　 変更前：西暦 年 月 日 ～　西暦 年 月 日

　　　　　　 変更後：西暦 年 月 日 ～　西暦 年 月 日

（２）調査委託料　　　 変更前：　　　　　　　円 （消費税額及び地方消費税額を除く。）

変更後：　　　　 円 （消費税額及び地方消費税額を除く。）

（３）調査予定症例数　 変更前：　　　　　　症例　　　　　　　　件

変更後：　　　　　　症例　　　　　　　　件

（４）その他

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