西暦　　　　年　　月　　日

治験に関する変更報告書

関西医科大学総合医療センター　病院長　殿

治験依頼者

（名称）

（代表者）

治験責任医師

（氏名）

下記の治験において、以下のとおり変更をお知らせ致します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被験薬の化学名又は識別記号 |   | 治験実施計画書番号 |  017 |
| 治験課題名 | （治験実施計画書番号：　　） |
| 変更文書等 | □治験実施計画書\* 　□症例報告書の見本\*　　□治験薬概要書\*　□説明文書、同意文書\*　　　□その他（　　　　　　　　　　）　　　　　　　\*軽微なものに限る |
| 変更内容 | 変更前 | 変更後 | 変更理由 |
|  |  |  |  |
| 添付資料 |  |
| 担当者連絡先 | 氏名：　　　　　　　　　所属：TEL：　　　　　　FAX:　　　　　　Email： |