

契約時に採番された番号をご記載ください。

副作用等調査番号 第 * * * * 号
(西暦) 年 月 日

副作用・感染症・不具合詳細調査変更依頼書

公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構
倉敷中央病院 院長 殿

実際の提出日に当日の日付
をご記入いただきます。案の
時点では空欄で結構です。

代表者は役職もご記載ください。

調査依頼者
(名称) ○○○○○○○○株式会社
(代表者名) 代表取締役社長
△△ △△ 印

下記の調査の変更を依頼いたします。

必ず調査責任医師と所属長の了承を得てからチェックを入れてください。

| | |
|--|--|
| ■ 調査の変更について、調査責任医師および実施診療科所属長の了承を得ました。 | |
| 調査対象品目 | ■ 医薬品 □ 再生医療等製品 □ 医療機器 |
| 調査区分 | ■ 副作用 □ 感染症 □ 不具合 |
| 対象製品名 | ◇◇◇◇◇◇◇錠 10mg |
| 副作用(感染症・不具合)名 | ◎◎◎◎◎◎◎◎ |
| 実施診療科 | □□□□科 |
| 調査責任医師 | ▽▽ ▽▽ |
| 変更事項 | 調査期間 |
| 変更前 | 契約締結日 ~ (西暦)2023年10月31日 |
| 変更後 | 契約締結日 ~ (西暦)2023年12月31日 |
| 変更理由 | 再調査の対応に時間を要しているため。 |
| 依頼者担当者 連絡先 | 所属: ●●支店 ▲▲▲営業所 氏名: ◆◆◆◆ TEL: XXX-XXXX-XXXX E-mail: zzzzz@zzz.co.jp |
| 備考 | |

調査依頼書の変更したい
項目と変更前、変更後の
内容、変更理由を記載し
てください。
(記載方法は適宜事務局
にご相談ください。)

上記調査について、変更の依頼を受理しました。

(西暦) 年 月 日
倉敷中央病院 製造販売後調査事務局