|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **様式７** | 整理番号 |  |
| 区分 | □医薬品　　　　□医療機器　　　　□その他 |
| 用途 | □製造販売後調査　　□その他研究 |

　　年　　月　　日

地方独立行政法人大阪府立病院機構

大阪はびきの医療センター　院長　様

受託研究依頼者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　社　　名　　　　　　　　　　　　　㊞

代表者名　　　　　　　　　　　　　㊞

受託研究申請医師

　診療科名

　担当医師名　　　　　　　　　　　　㊞

**受託研究変更申請書**

西暦　　年　　月　　日付契約締結した研究の内容を一部変更いたしたく、許可をお願いいたします。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 研究課題名 | |  |
| 変更  内容 | 変更前 |  |
| 変更後 |  |
| 変更理由 | |  |

変更内容を確認できる資料を添付すること。