(医)書式10

整理番号	
区分	■治験
	□医薬品　□医療機器

西暦　　年　　月　　日

治験に関する変更申請書

実施医療機関の長

（実施医療機関名）（長の職名）殿

自ら治験を実施する者

（氏名）　　印

下記の治験において、以下のとおり変更したく、申請いたします。

記

被験薬の化学名又は識別記号		治験実施計画書番号		
治験課題名				
変更文書等	□治験実施計画書　□症例報告書の見本　□説明文書、同意文書 □治験薬概要書　□治験分担医師 □その他（　　）			
変更内容	変更事項	変更前	変更後	変更理由
添付資料				

注）本書式は自ら治験を実施する者が正本（記名捺印又は署名したもの）を１部作成し、実施医療機関の長に提出する。