

## 様式 15

承認番号

平成 年 月 日

委託者

殿

国立大学法人大阪大学医学部附属病院  
病 院 長： 印

## 治験契約事項変更要望書

下記のとおり契約事項の変更を要望いたします。

記

被 験 薬	成分記号又はコード	一 般 名
課 題 名	( 実施計画書 NO. : )	
変 更 事 項	変 更 前	変 更 後
変 更 理 由		
責 任 医 師	上記内容の確認日： 平成 年 月 日	
	診療科名、職名：	
	記名捺印又は署名：	