

### 変更契約書

苦小牧市立病院(以下「甲」という。)と\_\_\_\_\_ (以下「乙」という。)及び \_\_\_\_\_ (以下「丙」という。)との間において、平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日付で締結した治験薬『 \_\_\_\_\_ 』の臨床試験に関する治験実施契約書の一部を以下のとおり変更する。

記

|       |       |   |     |
|-------|-------|---|-----|
| 治験課題名 |       | 治験実施計画書 No. ( _____ ) 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日作成 |     |
| 変更内容  | 変更事項  | 変更前   | 変更後 |
|       | 第 条 項 |   |     |

以上の合意を証するため、本契約を2通作成し、甲・乙記名捺印の上、各1部を保有する。ただし、甲または乙が丙に変更に係わる業務の一部を委託している場合は、本契約を3通作成し、甲乙丙3者で記名、捺印のうえ各1通を所有するものとする。

平成 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

甲 (住所) 苦小牧市清水町1丁目5番20号  
(名称) 苦小牧市立病院事業  
(代表者) 苦小牧市長 岩倉 博文 印

乙 (住所) \_\_\_\_\_  
(名称) \_\_\_\_\_  
(代表者) \_\_\_\_\_ 印

丙 (住所) \_\_\_\_\_  
(名称) \_\_\_\_\_  
(代表者) \_\_\_\_\_ 印

上記の契約変更の内容を確認しました。

平成 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

治験責任医師: \_\_\_\_\_ 印