

## 治験契約内容変更に関する覚書

受託者『市立砺波総合病院』（以下「甲」という。）と 委託者『  
（以下「乙」という。）との間において、西暦\_\_\_\_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		治験実施計画書番号（ ）	
変 更 内 容	変 更 事 項	変更前	変更後

以上、合意の証として本書を2通作成し、甲及び乙記名押印の上、各1通を保有する。

(西暦) 年 月 日

甲 住 所 富山県砺波市新富町1番61号  
名 称 市立砺波総合病院  
開設者 \_\_\_\_\_ 印

乙 住 所  
名 称  
代表者 \_\_\_\_\_ 印