　　（様式７）

西暦 　 年 月 日

**製 造 販 売 後 調 査 変 更 申 請 書**（許可番号 第　　　号）

　徳島大学病院長　殿

依頼者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　 　　　印

　下記のとおり，製造販売後調査の変更を申請します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 製　　品　　名 |  | |
| 課題名 |  | |
| 責任医師 | 所属・職名 氏名 | |
| 実施期間 | 西暦　　 　 年 　 月 　 日 ～ 西暦 　　 　年　 月 　日 | |
| 予定被験者数 | 例 | |
| 変更内容及び理由 | 内容：  理由： | |
| 変更の詳細 | 変　　更　　前 | 変　　更　　後 |
|  |  |
| 備考 |  | |
| 依頼者の  担当者連絡先　（又は送付先） | □連絡先  住所：〒  所属： 　　　氏名：  TEL/FAX： 　/ 　　　 E-mail：  □送付先（連絡先と異なる場合は，下記に記載）  住所：〒  所属： 　　　氏名：  TEL/FAX： 　/ 　　　 E-mail： | |