製 造 販 売 後 調 査 変 更 申 請 依 頼 書

　西暦　　年　　月　　日

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院

院長　殿

調査依頼者

住所

名称

代表者　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

責任医師

所　属

氏　名　　　　　　　　　　　 　　　　　　印

西暦　　　年　　月　　日付に契約しました医薬品の製造販売後調査（No．　　　）について、下記の通り変更の必要が生じましたので、ご承認くださるよう申請します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1.医薬品名（規格・単位） |  | |  |
| 採用区分 | □院内採用医薬品　　　　□院外処方医薬品 | | |
| 2.調査目的 |  | | |
| 3.変更承認申請事項 | 変更前 | 変更後 | |
|  |  | |
| 4.変更を必要とする  　理由 |  | | |