**製造販売後調査変更依頼書**

西暦　　　 年　　　月　　 日

静岡赤十字病院  
院長　小川　潤　殿

依頼者

会社名

製造販売後調査

管理責任者名　　　　　　　印

実施中の下記製造販売後調査について、下記事項の変更をお願いいたします。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医薬品名または医療機器名等 |  | |
| 調査種類（該当に☑） | □ 一般使用成績調査 　□ 特定使用成績調査 □ 使用成績比較調査  □ 製造販売後データベース調査　 □ その他（ 　　　　　） | |
| 調査目的 |  | |
| 変更事項 | 変更前 | 変更後 |
|  |  |  |
| 変更理由 |  | |
| 責任担当医師；　　　　　　科　　　　　　　　　先生 | | |
| 製造販売後調査実施責任者；所属　　　　　　　　　　氏名  実施担当者名；　　　　　　　　　　連絡先　ＴＥＬ | | |