西暦　 年　　月　　日

治験契約書に関する申出書

国立大学法人東京医科歯科大学

医学部附属病院　病院長　殿

治験依頼者

所在地：

会社名：

代表者：

（押印省略可）

整理番号：

治験課題名：

上記治験の治験契約締結にあたり、下記のとおり契約条文変更の申出をいたします。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 変更事項  （条項） | 変　更　前 | 変　更　後 | 変 更 理 由 |
| 変更内容 |  |  |  |  |