

整理番号	
区分	<input type="checkbox"/> 治験 <input type="checkbox"/> 製造販売後臨床試験
	<input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器 <input type="checkbox"/> 再生医療等製品

西暦 年 月 日

## 治験に関する変更報告書

近畿大学病院

病院長 殿

治験審査委員会委員長 殿

治験依頼者

(名称)

(代表者)

※厚生労働省通知（平成24年3月7日）により捺印を廃止する

下記の治験において、以下のとおり変更したく、報告いたします。

### 記

被験薬の化学名 又は識別記号		治験実施計画書番号		
治験課題名				
変更文書等	<input type="checkbox"/> 治験実施計画書 <input type="checkbox"/> 説明文書、同意文書 <input type="checkbox"/> 治験薬概要書 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
変更内容	変更事項	変更前	変更後	変更理由
添付資料				
担当者連絡先	氏名： TEL：	所属： FAX：	Email：	

※製造販売後臨床試験の場合、「治験」を「製造販売後臨床試験」と読み替える。