

覚 書

成田赤十字病院（以下「甲」という。）と_____（以下「乙」という。）及び_____（以下「丙」という。）は、甲乙間において、西暦_____年_____月_____日付で締結した製造販売後調査（以下「本調査」という。）に関する契約書について、下記のとおり変更の覚書を締結する。

記

登録番号 :

調査課題名 :

変更事項 :

[変 更 前]

[変 更 後]

本覚書締結の証として本書3通を作成し、甲乙丙記名捺印のうえ各1通を保有する。

西暦_____年_____月_____日

甲	住 所 :	千葉県成田市飯田町 90 番地 1	
	施設名 :	成田赤十字病院	
	代表者 :	院長 青墳 信之	印
乙	住 所 :		
	会社名 :		
	代表者 :		印
丙	住 所 :		
	会社名 :		
	代表者 :		印