様式９

西暦　　　　年　 月　 日

住　所

名　称

代表者　　　　　　　　　　様

栃木県日光市森友145-1

獨協医科大学日光医療センター

病院長　　安　　隆則　　　印

**医薬品・医療機器の製造販売後調査の変更に関する決定通知書**

　西暦　　　　年　 月 　日に貴社から変更依頼のあった製造販売後調査について、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

１．品　　名

　　契約番号　　　　第　　　　　号

２．調査区分　　　　□一般使用成績調査　　　□特定使用成績調査

□使用成績比較調査

３．契約締結日　　　西暦　　　　年 　月 　日

４．実施診療科

　　診療科長

５．変更内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変 更 事 項及び変更年月日 | 変　更　前 | 変　更　後 |
|  |  |  |

６．備考