

治験契約内容変更に関する覚書

順天堂大学医学部附属静岡病院（以下「甲」という。）と_____（以下「乙」という。）とは、甲乙間において西暦 年 月 日付けにて締結した治験許可No. 治-_____
(治験薬等名) _____の治験費用に係わる覚書（様式2）
(受付番号: 2026-001~) に関して、下記のとおり覚書を締結する。

記

治験課題名		治験実施計画書番号（ _____ ）	
変更内容	変更事項	変更前	変更後
	第1条 1 直接費用 (1)固定費 内訳/金額	<u>治験審査委員会費用</u> / <u>630,000円</u>	<u>治験申請料</u> / <u>60,000円</u>

以上の合意の証として本書2通を作成し、甲・乙記名押印の上、各1通を保有する。

西暦 年 月 日

(甲) _____ (乙)

静岡県伊豆の国市長岡1129番地

順天堂大学医学部附属静岡病院

院長 _____ 印

印