

(書式 N2 - 1) (治験依頼者←→実施医療機関の長)

整理番号	
区分	1. 治験 2. 製造販売後臨床試験

## 覚 書

独立行政法人国立病院機構名古屋医療センター (以下「甲」という。)と〇〇株式(以下「乙」という。)との間において、西暦 年 月 日付けで締結した下記の治験(あるいは製造販売後臨床試験)の受託に関する契約書(以下「原契約」という。)を以下の通り変更する。なお、その他の条項については原契約の通りとする。

### 記

1. 治験課題名  
「 」 (治験実施計画書 No. : )

2. 変更事項又は条項 :

変更条項	変更前	変更後

以上の合意の証しとし本書2通を作成し、甲・乙記名押印のうえ各その1部を保有するものとする。

西暦 年 月 日

甲 愛知県名古屋市中区三の丸4丁目1番1号  
独立行政法人国立病院機構  
名古屋医療センター 院長  
小寺 泰弘 印

乙 治験依頼者  
住 所  
氏 名 印

(法人(団体)の場合は名称及び代表者名)

西暦 年 月 日

上記の契約内容の変更を確認しました。

治験責任医師(記名押印又は署名)

印

---

(書式 N2 - 3) (治験依頼者←→実施医療機関の長)

整理番号	
区分	1. 治験 2. 製造販売後臨床試験

## 治験の画像の複写に関する確認書

独立行政法人国立病院機構名古屋医療センター（以下「甲」という。）と〇〇株式（以下「乙」という。）は、西暦 年 月 日付けで締結した下記の治験（あるいは製造販売後臨床試験）において、甲は乙の依頼により、実施症例の画像の複写を実施したので、乙は甲に複写に要した経費を支払う。

### 記

1. 治験課題名  
「 \_\_\_\_\_ 」 (治験実施計画書 No. : )

2. 複写枚数 \_\_\_\_\_ 枚

3. 複写に要した経費 \_\_\_\_\_ 円 (消費税 \_\_\_\_\_ 円を含む)

以上の確認の証しとし本書 2 通を作成し、甲・乙記名押印のうえ各その 1 部を保有するものとする。

西暦 年 月 日

甲 愛知県名古屋市中区三の丸 4 丁目 1 番 1 号  
独立行政法人国立病院機構  
名古屋医療センター 院長  
小寺 泰弘 印

乙 治験依頼者  
住 所  
氏 名 印

(法人 (団体) の場合は名称及び代表者名)

西暦 年 月 日

上記の契約内容の変更を確認しました。

治験責任医師 (記名押印又は署名)

\_\_\_\_\_ 印