

整理番号 _____

期間延長・症例追加のための覚書（二者）

病院（以下「甲」という。）と _____（以下「乙」という。）とは、
20 年 月 日に締結した以下の治験の実施契約書（以下「原契約」とする。）に関して治験期間
の延長、目標とする症例数の追加について、次のように覚書を締結する。

なお、その他の条項については原契約の通りとする。

治験薬名：_____

治験課題名：_____

1. 治験の期間延長

（□なし □あり）※ありの場合は、表（1）に記載

表（1）

| 変更箇所 | 変更前 | 変更後 | 延長期間 |
|------------------|-------------|-------------|------|
| 第2条(2) 治験期間 | 201 年 月 日まで | 201 年 月 日まで | カ月延長 |
| 対象となる被験者番号：_____ | | | |

コメントの追加 [Y1]: 以下のいずれか

聖マリアンナ医科大学病院

聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院

川崎市立多摩病院

聖マリアンナ医科大学東横病院

コメントの追加 [WT2]: 2回目以降の期間延長・症例追加について、過去の覚書の締結日時を記載する。

例「治験期間 目標とする症例数の追加について、●月
×日、○月●日に覚書を締結したが、新たに次のように
覚書を締結する。」

コメントの追加 [WT3]: 2回目の期間延長・症例追加について、本覚書の直前の覚書の変更を変更前として記載する。

2. 目標とする症例数の追加

（□なし □あり）※ありの場合は表（2）に記載

表（2）

| 変更箇所 | 変更前 | 変更後 | 追加症例数 |
|--------------------|-----|-----|-------|
| 第2条(3) 目標とする症例数 | 症例 | 症例 | 症例追加 |

3. 本治験に係る費用及び負担の変更

（□なし □あり）※ありの場合は、表（3）に記載

表（3）

| 変更箇所 | 変更前 | 変更後 |
|-------------------------|-------|-------------------|
| 第4条(1) 本治験の診療に係らない費用 | 別紙資料E | 別紙資料E、 別紙資料E-1 |

(協議事項)

本覚書の内容に疑義が生じたとき、又は本覚書に定めのない事項については、
原契約に準じる。

本覚書締結の証として本書2通作成し、甲乙記名捺印の上、各自その1通を保有する。

201 年 月 日

(甲) 住所

病院名

病院長

㊞

コメントの追加 [WT4]:

いずれかの病院

(乙) 住所

法人名

代表者

㊞

上記契約内容を確認するとともに、治験の実施に当たっては各条を遵守致します。

治験責任医師

㊞

2 / 2