年　　月　　日

**共同研究契約変更願**

国立大学法人滋賀医科大学長　殿

住所

名称

役職

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　年　　月　　日付けで締結した下記共同研究契約について，契約内容の変更をお願いいたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 研究題目 |  |
| 研究目的及び内容 |  |
| 変更事項 | 変更前 | 変更後 |
|  |  |
| 変更理由 |  |