|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **様式１** | 整理番号 |  |
|  | 区分 | □治験　　□製造販売後臨床試験 |
|  | □医薬品　□医療機器 |

西暦　 年 月 日

**治験薬等持込書**

（治験薬等管理者）

旭川医科大学病院

　　　　　薬剤部長　　殿

（治験依頼者等）

住　所：

名　称：

代表者：

（法人にあってはその名称及び代表者氏名）

　当社が申込みました治験のための治験薬等を、下記のとおり持込みます。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医薬品等名 | 規格 | 数量 | 備考 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |