**様式３**（３枚複写　医師・薬剤部・医療支援課）

**外　来入院 治験薬等処方せん**（医師控）

**治**

　　　　　治験整理番号

（患者ＩＤ）

交付　西暦 　　年　　　　月　　　　日

科　　　 Ｆ　　　　ＮＳ

　　　　　　　　 殿　　治験担当医師名

薬品等名　　　　　　　　　　用量・用法

日　　分

* ボールペンで記入して下さい。

外来患者さんは、本請求書を医療支援課料金受付へ提出して下さい。

入院患者さんの場合は、本請求書を直接、薬剤部へ提出して下さい。

旭川医科大学病院