**様式４**（２枚複写　医師・薬剤部）

旭川医科大学病院

**治　治験薬品等返納伝票**（医師控）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 治験整理番号 |  | （返納理由）  治験担当医師名： |
| 診療科名 | 科　　Ｆ　　ＮＳ |
| 患者氏名 | （男・女） |
| 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 年　齢 | 才　　　月 |

西暦　　　年　　月　　日

その他（コメント）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 治験薬品名 | 規格 | 返納数量 |
|  |  |  |
|  |  |  |