|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **様式8-2** | 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

**未使用治験薬等受領確認書**

（治験責任医師）

旭川医科大学病院

所属：

氏名：　　　　　　　　　　殿

（治験依頼者）

住　　所

氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（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のうち残部等について、下記のとおり受領しました。

記

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