西暦　　　　年　　月　　日

文書保管確認書

治験依頼者

（名称）　　　殿

実施医療機関の長

旭川医科大学病院長

下記の治験の文書保管について、下記のとおり確認をいたします。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被験薬の化学名 又は識別記号 |  | 治験実施計画書番号 |  |
| 治験課題名 |  | | |
| 保管年数 | □　GCPが定める期間、保管費用無し  　□　　　　年　　　カ月（うちGCPが定める期間は保管費用不要） | | |
| 保管費用 | カ月　×　1,000円　+消費税　＝　　　　　　　円  　　　　　　　　　　　　　　　（※別途管理費及び間接経費有り） | | |
| 支払時期 | □下記の治験依頼者確認日をもって請求  　□書式18「開発の中止等に関する報告書」提出後に請求  　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 保管期間の延長について | 保管期間について、  　□延長なし  　□延長する場合は、　　　　年　　月　　日締結の覚書のとおりとする。 | | |

西暦　　　　年　　月　　日

実施医療機関の長

　旭川医科大学病院長　殿

　上記治験の文書保管について、以上のとおり確認いたしました。

治験依頼者

（名称）