（医）東大書式２９ 　　　　　　西暦　　　年　　　月　　　日

**消耗資材購入委託申込書**

東京大学医学部附属病院長　殿

委託者または自ら治験を実施する者

　所属機関

　住　所

職名・氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

下記の治験に係る消耗資材について、当方が負担する経費により、貴院がこれを購入するよう申し込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 整理番号 |  | |
| 治験課題名 | （治験実施計画書番号：　　　　　　　） | | |
| 研究対象 | □治験薬　　□医療機器　　□体外診断用医薬品　　□その他： □製造販売後臨床試験薬 | | |
| 治験責任医師 | 所属：　　　　　　　　職名：　　　　　　氏名：　　　　　　　　　　　　　印 | | |
| 被験者数 | 例（予定総契約例数：　　　例、今回（追加）の予定契約例数：　　　例） | | |

消耗資材

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 品　　名 | 規格　単位 | 数　量 | 単　価 | 合計金額 | 備　考 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

製造販売後臨床試験の場合は、「治験」とあるのを「製造販売後臨床試験」と読み替えるものとする。

　注）単価及び合計金額は、受託者が記入するので、記載しないこと。