東大書式43 西暦　　年　　月　　日

**治　験　薬　等　預　り　書**

委託者

 殿

東京大学医学部附属病院

治験薬管理者　臨床研究支援センター

試験薬情報管理部門　　　　　　　　　　 印

□治験責任医師（医師管理の場合のみ）

 　 印

下記の治験における治験薬等を以下のとおり預かります。

　記

|  |  |
| --- | --- |
| 整理番号 |  |
| 治験課題名 |  　　　（治験実施計画書番号： 　　　） |
| 治験責任医師 | 所属：　　　　　　　　職名：　　　　　　氏名：　　　　　　　　　　　　　 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 治験薬等の名称及び成分記号・剤形・含量規格・包装単位等 | 預り数量 | 製造番号使用期限 |
|  |  |  |
| 備考：□本件に関し委託者様式の書類も取り交しました。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。(2019.3.25) |  |  |