医）研究　書式19　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ver.2.0

西暦　　　　　年　　月　　日

**試験薬等返還・受領・廃棄確認書**

|  |  |
| --- | --- |
| 整理番号 |  |
| 研究課題名 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 試験薬等の名称及び成分記号・剤形・含量規格・包装単位等 | 数量 | 製造番号使用期限 |
|  |  |  |
| 上記の試験における試験薬等の残部及び空箱等を試験薬管理者より受領しました。西暦 年 月 日研究責任医師＊ 診療科（部）　  職名　　　　   氏名 印　　　　　　　　　　　　＊廃棄の場合は記入不要上記の試験における試験薬等の残部及び空箱等を　□研究責任医師に返還しました。　□廃棄しました。西暦 年 月 日試験薬管理者 臨床研究推進センター 　　　　　　 印 |  |  |

本書は写しを作成し、原本を試験薬管理者が、写しを研究責任医師が保管する