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