（医）東大書式３４ 　　　　西暦　　年　　月　　日

**未使用治験薬等受領確認書**

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 殿

□治験責任医師 　　　　　殿（医師管理の場合のみ）

□自ら治験を実施する者 または □治験薬提供者

　住　所

　機関名

　代表者 　　 　　　印

下記の治験における治験薬等の残部及び空箱等を以下のとおり受領しました。

　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 | 回収数量 | 製造番号 使用期限 |
|  |  |  |

備考： □本件に関し自ら治験を実施する者の様式による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）