西暦　　　　年　　月　　日

治験薬・治験機器等の保管に関する申請書

薬剤部　治験薬管理室

　治験薬管理者　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　治験責任医師

所属・職名

　　氏　　　名 　　（記名押印又は署名）

下記の（治験薬・治験機器・再生医療等製品）を下記の場所で保管，管理したいので申請します．

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被験薬の化学名又は識別記号 |  | 実施計画書番号 |  |
| 治験課題名 |  |
| 治験薬等提供者 |  |
| 治験期間 | 西暦　　　　年　　月　　日　～　西暦　　　　年　　月　　日 |
| 設置期間 | 西暦　　　　年　　月　　日　～　西暦　　　　年　　月　　日 |
| 保管・管理場所 |  |
| 保管・管理方法 |  |
| 理由 |  |
| 保管責任者 | 氏名：　　　　　　　　　　　　所属： |
| 担当者連絡先 | 氏名：　　　　　　　　　　　　所属：TEL：　　　　　 　　FAX: 　　　　　　　Email： |

上記（治験薬・治験機器・再生医療等製品）を上記保管場所で保管，管理することを承認します．

西暦　　　　年　　月　　日　　治験薬管理者：　　　　（記名押印又は署名）

西暦　　　　年　　月　　日

治験薬・治験機器等引渡し書

治験責任医師

所属・職名

氏　　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　薬剤部　治験薬管理室

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　引渡し者氏名　　　　　　　（記名押印又は署名）

下記の（治験薬・治験機器・再生医療等製品）を診療科設置とし、（診療科）へ引渡します．

記

|  |  |
| --- | --- |
| 被験薬の化学名又は識別記号 |  |
| 引渡し数量 |  |
| 治験課題名 |  |
| 治験期間 | 西暦　　　　年　　月　　日　～　西暦　　　　年　　月　　日 |
| 設置期間 | 西暦　　　　年　　月　　日　～　西暦　　　　年　　月　　日 |
| 保管・管理場所 |  |
| 保管・管理方法 |  |
| 保管責任者 | 氏名：　　　　　　　　　　　　所属： |
| 保管担当者連絡先 | 氏名：　　　　　　　　　　　　所属：TEL：　　　　　 　　FAX: 　　　　　　　Email： |

上記（治験薬・治験機器・再生医療等製品）を受領いたしました．

|  |  |
| --- | --- |
| 受領数量 |  |

西暦　　　　年　　月　　日　　責任医師：　　　　（記名押印又は署名）

西暦　　　　年　　月　　日

治験薬・治験機器等返納書

薬剤部　治験薬管理室

　治験薬管理者　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　治験責任医師

所属・職名

　 　氏　　　名 　　（記名押印又は署名）

下記の診療科設置（治験薬・治験機器・再生医療等製品）を、薬剤部へ返納します．

記

|  |  |
| --- | --- |
| 被験薬の化学名又は識別記号 |  |
| 返納数量 | 使用数量：未使用数量： |
| 治験課題名 |  |
| 治験期間 | 西暦　　　　年　　月　　日　～　西暦　　　　年　　月　　日 |
| 設置期間 | 西暦　　　　年　　月　　日　～　西暦　　　　年　　月　　日 |
| 保管・管理場所 |  |
| 保管・管理方法 |  |
| 保管責任者 | 氏名：　　　　　　　　　　　　所属： |
| 担当者連絡先 | 氏名：　　　　　　　　　　　　所属：TEL：　　　　　 　　FAX: 　　　　　　　Email： |

上記（治験薬・治験機器・再生医療等製品）を回収いたしました．

|  |  |
| --- | --- |
| 回収数量 | 使用数量：未使用数量： |

西暦　　　　年　　月　　日　　治験薬管理者：　　　　（記名押印又は署名）