岐大書式４（第１９条関係）

西暦　　年　　月　　日

**治験薬管理変更申請書**

岐阜大学医学部附属病院長　殿

岐阜大学医学部附属病院

　　　　　　治験薬管理者　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　治験責任医師

　　　　　　　　　　　　　　　　　（所属・氏名）

下記医薬品の臨床試験に係る治験薬を　　　　　　　　において管理したいので申請します。なお、承認のうえは治験責任医師が責任をもって管理・保管します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 担当診療科等名 |  |
| 治験薬名 |  | | |
|  |  | | |
| 治験依頼者名 |  | | |
| 財形及び規格 |  | | |
|  |  | | |
|  | 契約締結日　　～　　西暦　　　　年　　月　　日 | | |
|  | 例 | | |
| 当診療科に  おいて管理  する理由 |  | | |

　（注）下線部には当該診療科等名を記入