岐大書式５（第１９条関係）

西暦　　年　　月　　日

**治験薬管理変更承認書**

治験責任医師

　　　　　　　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　岐阜大学医学部附属病院

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院長

下記医薬品の臨床試験に係る治験薬を　　　　　　　　において管理することを承認します。なお、本院における医薬品等受託研究に係る業務手順書を遵守し、治験薬を管理・保管すること。

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 | | |

　（注）下線部には当該診療科等名を記入