

整理番号	
区 分	<input type="checkbox"/> 治験 <input type="checkbox"/> 製造販売後臨床試験
	<input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器 <input type="checkbox"/> 再生医療等製品

## 治験薬診療科管理申請書

西暦      年      月      日

岩手医科大学附属      殿

治験責任医師 \_\_\_\_\_  
治験依頼者 \_\_\_\_\_  
住 所 \_\_\_\_\_  
名 称 \_\_\_\_\_  
代表者 \_\_\_\_\_

下記の理由により、治験薬等の管理を診療科にお願いいたしたく、申請いたします。

### 記

被験薬の化学名 又は識別記号	
治験課題名	治験実験計画書No. (                      )
治験実施期間	契約締結日    ~    西暦      年      月      日
予定症例数	症 例
理      由	

西暦      年      月      日

## 指名書

上記の治験において、治験責任医師 \_\_\_\_\_ を治験薬管理者として指名します。

岩手医科大学附属  
\_\_\_\_\_