西暦　　　年　　月　　日

治験使用薬（紛失・破損・廃棄）届

自治医科大学附属病院　治験薬管理者　殿

　　治験責任医師

　 　　　 （氏名）　 　　印

　下記治験使用薬を（□紛失　□破損　□廃棄）しましたので報告致します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被験薬の化学名  又は識別記号 |  | 治験実施計画書番号 |  |
| 治験課題名 |  | | |
| 治験依頼者 |  | | |
| 規格 |  | | |
| □紛 失  □破 損 量  □廃 棄 |  | | |
| 理由 |  | | |
| 備考 |  | | |