西暦　　　年　　月　　日

保存資料の廃棄に関する報告書

自治医科大学附属病院　病院長　殿

　治験依頼者

（名称）

（代表者） 　 　印

　貴院において治験を実施していただきました下記の保存資料につきましては、資料の保存期限が過ぎましたので廃棄可能になったことをご報告申し上げます。

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 |  | | |
| 治験責任医師 | 氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　所属： | | |
| 担当者の連絡先 | 氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　所属：  TEL：　　　　　　　FAX：　　　　　　　E-mail： | | |
| 備考 |  | | |