治験薬管理業務実施連絡票

山口大学医学部附属病院

薬剤部ＤＩセンター　御中

申込者

（所属）

（氏名）

下記の治験において、記載のような事項を実施したく以下の通り連絡いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 治験依頼者名 |  |
| 治験薬名 |  |
| 整理番号 |  |
| 実施事項 | □　治験薬の搬入　→　□　初回　／　□　追加□　治験薬の回収　→　□　最終　／　□　中間□　治験薬管理関係SDV□　トレーニング／説明□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 実施希望日時 | 西暦　　　　年　　月　　日 | □ 10時～11時□ 11時～12時□ 12時～13時□ 　　時　分～　　時　分※治験薬搬入の場合□ 15時　□ 16時　　□　　時　　分 |
| 治験薬管理関係SDVと治験薬の回収の場合の必要書類 | □治験薬管理ファイル□治験薬温度記録□未使用治験薬□使用済み治験薬（未使用返却、空箱含む）□空段ボール□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 備考 | ※申込者と実施者が異なる場合はこの欄に詳細を記載 |
| 申込者連絡先 | TEL： | E-mail： |

以上