

20 年 月 日

## 治験使用薬廃棄に関する記録

中部ろうさい病院

☐ 治験薬管理者☐ 治験薬管理補助者

(氏名) 自署

治 験 課 題 名 :

治験実施計画書番号 :

治験使用薬名 :

## 【廃棄する治験使用薬一覧】

薬剤番号	Lot No.	廃棄数量	備考
廃棄（空ボトルを含む）の理由を記載 : （例）治験終了のため			

以上