愛媛大書式6

西暦　　年　　月　　日

医　薬　品　等　引　渡　書

愛媛大学医学部附属病院

病　院　長　殿

治験依頼者

住所

名称

代表者名

記

１．整理番号 第　　　　　　　号

２．研究課題名

３．製造会社名

４．薬品名・コード番号

５．成分及び含量

６．数　　　量

７．研究実施診療科（部）名

