臨床試用医薬品寄付申込書

 西暦　　 年 月 日

長崎大学病院　薬剤部長 殿

 寄附者 住所

 〃 氏名 印

下記のとおり寄付したいので，ご採納くださるようお願いします。

記

１．臨床試用医薬品名

２．規 格

３．数 量 ：

１日使用量：　　　　　　試用日数：　　　日　　試用例数：　　　　　例
(20例以内）

４．寄付理由

５．寄付予定日

６．使用場所

７．使用者名