臨床試用医薬品使用届出書

西暦　　 年 月 日

長崎大学病院　薬剤部長 殿

科 長 名 印

医局長 名 印

下記の臨床試用医薬品を臨床試用したいので届出致します。なお、臨床試用医薬品は、品質、有効性、安全性、製剤学的特性等について確認、評価するための必要最小限度の数量といたします。

記

１．臨床試用医薬品名

２．製薬会社名

３．成分及び含量

４．臨床試用医薬品使用の目的

５．使用量

６．医局長名

７．担当医氏名

８．試用医薬品の試用期間

自 西暦　　 年 月 日

至 西暦　 年 月 日