

西暦 年 月 日

提供物品内訳書

京都大学医学部附属病院長 殿

治験依頼者

(住所)

(名称)

(代表者)

印

貴院に依頼しております治験の実施に伴い、下記の物品を提供いたします。

記

被験薬の化学名 又は識別記号	
治験課題名	
治験責任医師	所属・職名： 氏名：
提供物品 (品名) (規格) (数量)	
備考	