再生医療等製品治験補遺院内書式2

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 整理番号 |  |

西暦　　 年 月 日

**治験製品管理補助者指名記録**

愛媛県立中央病院

治験製品管理者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

以下の治験について、次の者を治験製品管理補助者とする。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 治験課題名 | （治験実施計画書番号：　　　　　） | |
| 治験製品  管理補助者 | 所属・職名 | 氏名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

※職名（役職）による指名も可とする。  
その場合は、所属・職名欄に該当する職名（役職）を記載し、氏名欄には「－」を記入する。

※前任者がある場合は、本指名記録をもって前任者を解任するものとする。