院内書式4-3

西暦　　 年 月 日

**治験薬管理補助者／治験機器管理補助者指名記録**

医療機関名

治験薬管理者／治験機器管理者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

次の者を治験薬管理補助者／治験機器管理補助者とする。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 治験薬管理補助者  治験機器管理補助者 | 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。