小児治験・臨床試験　業務証明

下記薬剤師について、当該治験・臨床試験業務に関わったことを証明する。

薬剤師氏名：

試験課題名：

当該試験の主体実施機関（学会名・施設名称等）：

上記薬剤師が当該試験に関与した期間：

（西暦）　　　　年　　　月　　　日～（西暦）　　　　年　　　月　　　日

記入日（西暦）　　　　　年　　　月　　　日

試験実施責任者所属：

責任者役職・氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

業務内容（以下に受講シール請求する本人が記載のこと）