

製剤見本提供報告書

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

販売(発売)会社(営業所)名: _____

医薬品情報担当者氏名: _____

商品名: _____

一般名: _____

規格・含量: _____

規制区分: _____
(該当を丸で囲む) 向精神薬 ・ 毒薬 ・ 習慣性医薬品 ・ その他

製剤見本区分: _____
(該当を丸で囲む) 偽薬 ・ 実薬 ・ 空容器(空包装) ・ その他

LOT 番号 _____

使用期限 _____

製薬会社における
保管方法 _____

説明日: _____

診療科(部)名: _____

参加人数: _____
(説明会の場合)

説明内容・提供目的: _____

※偽薬・実薬等にかかわらず、製剤見本を提供した場合は書類を提出して下さい。
※裏面に製剤見本を提供した職員の所属・氏名・数量を記載してください。

書類提出先: 薬剤部薬品情報室 (内線:2680)
名古屋大学医学部附属病院 2017.4
2020.10 改訂

No.	所属	提供者氏名	提供数量
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			