

入金時に必ずFAXにてご連絡ください

帝京大学医学部附属病院 経理課 担当:阿部 宛
FAX:03-3964-9341

製造販売後調査費用 入金のお知らせ

太線枠内をご記入ください。実施症例数は各金額の内訳が分かるようご記入ください。

会社名	(株)●●製薬
担当者名	帝京 太郎
住所	ご担当者様の携帯電話等、 日中ご連絡のとれる番号を ご記載ください。
連絡先電話番号	

入金予定日	西暦
合計金額	¥

T-No.	製品名	実施症例数	金額
T-		症例	¥
T-		例	¥
T-		症例	¥

T-No. は契約時に発行している通知書に記載しています。

ご不明な場合には、臨床試験・治験統括センター (CCRT) へメールでお問い合わせください。

アドレス: chicken@med.teikyo-u.ac.jp

実施症例数欄は必要に応じて調査票数や追跡調査票の単価等を追記ください。
右金額欄の内訳が分かるようご記載をお願いいたします。

【お願い】金額確認のため、必ず以下のものを併せてFAX願います。

- 中間報告時(年度を跨ぐ調査のみ)：中間報告書(過去提出分全て)、委託料計算
- 適宜入金時：中間報告時に同じ
- 終了報告時：中間報告書(過去提出分全て)、終了報告書、委託料計算書