

調査費用請求明細書

請求金額	金 円（別途消費税 円）
調査依頼者担当者 （請求書の送付先） ここに請求書が届きます	氏名： 住所：〒 TEL： 、 FAX：

下記調査につきまして、費用を請求致します。

記

該当箇所をチェック

調査状況	<input type="checkbox"/> 調査終了 <input type="checkbox"/> 調査継続中
調査対象医薬品名	
調査の区分	<input type="checkbox"/> 使用成績調査 <input type="checkbox"/> 特定使用成績調査 <input type="checkbox"/> 副作用・感染症報告
調査内容	
調査責任医師	所属・職名 氏名
調査分担医師	所属・職名 氏名
	所属・職名 氏名
	所属・職名 氏名
契約例数	例
実施症例数	例
調査実施期間	契約締結日：平成（西暦） 年 月 日 ～ 平成（西暦） 年 月 日（ <input type="checkbox"/> 終了、 <input type="checkbox"/> 継続中）
調査依頼者	住所： 名称： 代表者：

※本院より正式な請求書を発行いたしますので、請求書が届いてから振り込みをしてください

振込先	銀行名	福岡銀行
	支店名	赤坂門
	口座番号	普通：25933
	口座名	国家公務員共済組合連合会 浜の町病院長 安井 久 喬

以上