

調査費用支払報告書

(継続中 終了)

年 月 日

1. 会社名 _____
2. 医薬品等名 _____
3. 調査区分 使用成績調査 特定使用成績調査 副作用報告
臨床研究
4. 調査内容 _____

5. 診療科 _____科
6. 医師名 _____
7. 研究期間 _____年 月 日 ~ _____年 月 日
8. 依頼症例数 _____症例 (_____調査票)
9. 研究費 1 症例・調査票あたり _____円 [消費税等別]
10. 進捗状況 _____症例分・調査票 (_____ / _____症例目)
11. 振込金額 合計金額 _____円
12. 振り込み予定日 _____年 月 日

担当者 _____

支払いが複数回にわたる場合、表面のコピーをご使用ください

記入例

調査費用支払報告書

(継続中 終了)

2012年 7月 22日

1. 会社名 大和製薬
2. 医薬品等名 トルネード
3. 調査区分 使用成績調査 特定使用成績調査 副作用報告
臨床研究
4. 調査内容 〇〇患者におけるトルネード錠剤の単独
及び併用療法調査
5. 診療科 精神科
6. 医師名 大和 武
7. 研究期間 2012年 4月 1日 ~ 2013年 3月 31日
8. 依頼症例数 10 症例 (1 症例 2 調査票 計 20 調査票)
9. 研究費 1 症例・調査票あたり 20,000 円〔消費税等別〕
10. 進捗状況 3 症例分・調査票 (3 / 10 症例目)
11. 振込金額 合計金額 63,000 円
12. 振り込み予定日 2012年 8月 1日

担当者

予定日より前に必ず提出してください。医局費として処理できなくなります。