

理事	常勤顧問	財務部長	経理課長

調査番号 - ()

西暦 年 月 日

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター 院長殿

委託機関名 : _____
 委託代表者 : _____ 印
 診療科名 : _____
 診療部長名 : _____ 印
 調査代表者 : _____ 印

調査終了報告書 兼 費用申請書

区分	<input type="checkbox"/> 1.一般使用成績調査 <input type="checkbox"/> 2.特定使用成績調査 <input type="checkbox"/> 3.使用成績比較調査
調査課題	
調査期間	年 月 日～ 年 月 日
連絡先	委託機関名(※1) : _____ 担当者名: _____ 所属: _____ TEL: _____
調査結果 (副作用の発生状況など) (※2)	予定症例数 _____ 症例 _____ 実施症例数 _____ 症例 _____
調査費用	調査費: _____ 円(内 消費税 _____ 円) 内訳: 1 調査票あたり _____ 円 × _____ 冊 振込予定日: _____ 年 _____ 月 _____ 日
請求書/領収証	請求書: <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 / 領収証: <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要

注:区分欄、請求書/領収証 欄には、必ず☑を付けてください。

※1 お支払いされる機関名をご記入ください。

※2 中止、中断、または調査終了前に費用申請が生じる場合、理由をご記入ください。

経理課

提出先 経理課

研究費 _____
 請求書No. _____ / 領収証No. _____