入金予定日がわかり次第、必ずFAXにてご連絡ください

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

～治験関連費用の入金のお知らせ～

以下ご記入ください。

入金ご担当者様	会社名		部署名	
	担当者名			
	メールアドレス	@		
	電話番号		内線:	

治験 整理番号 (請求書の整理番号を記載してください)
R

入金日	西暦　　年　　月　　日	予定 ・決定 ・ 入金済 (いずれかに○を付けてください)
合計金額(税込)	¥	

※請求書1通につき1つご使用ください。

	内 容 (該当する請求書の左上の項目にチェックを1つ付けてください)		**請求書日付**	**金 額(税込)**
1	□ 新規(固定費) □ モニタリング・監査費 □ 負担軽減費 □ 保険外併用療養費(外来) □ 保険外併用療養費(入院) □ FMV費 □ 継続費	□ 実施症例費(変動費) □ 観察脱落費(変動費) □ 年度末請求 □ 終了時:終了時費 □ 終了時:保管費 □ 変更に伴う追加費用(　　) □ その他	(西暦) ＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日	¥
2	□ 新規(固定費) □ モニタリング・監査費 □ 負担軽減費 □ 保険外併用療養費(外来) □ 保険外併用療養費(入院) □ FMV費 □ 継続費	□ 実施症例費(変動費) □ 観察脱落費(変動費) □ 年度末請求 □ 終了時:終了時費 □ 終了時:保管費 □ 変更に伴う追加費用(　　) □ その他	(西暦) ＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日	¥
3	□ 新規(固定費) □ モニタリング・監査費 □ 負担軽減費 □ 保険外併用療養費(外来) □ 保険外併用療養費(入院) □ FMV費 □ 継続費	□ 実施症例費(変動費) □ 観察脱落費(変動費) □ 年度末請求 □ 終了時:終了時費 □ 終了時:保管費 □ 変更に伴う追加費用(　　) □ その他	(西暦) ＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日	¥
4	□ 新規(固定費) □ モニタリング・監査費 □ 負担軽減費 □ 保険外併用療養費(外来) □ 保険外併用療養費(入院) □ FMV費 □ 継続費	□ 実施症例費(変動費) □ 観察脱落費(変動費) □ 年度末請求 □ 終了時:終了時費 □ 終了時:保管費 □ 変更に伴う追加費用(　　) □ その他	(西暦) ＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日	¥