

製造販売後調査番号 第 \* \* \* \* 号  
(西暦) 年 月 日

### 製造販売後調査経費支払報告書

実際の提出日に当日の日付をご記入いただきます。案の時点では空欄で結構です。

公益財団法人 大原記念倉敷中央医療機構  
倉敷中央病院  
院長 山形 専 殿

#### 製造販売後調査依頼者

(名称) ○○○○○○○株式会社  
(代表者名) 製造販売後調査等管理責任者  
△△ △△ 印

下記のとおり、製造販売後調査経費の支払いについて、下記の通り支払うことを報告いたします。

#### 記

調査期間の開始日は、契約締結日の日付、終了日は予定の終了時期をご記入ください。  
※承認条件解除までの場合は「承認条件解除まで」と書き換えてください。

課題名	◇◇◇◇◇◇◇◇錠特定使用成績調査
実施診療科	□□□□科
調査期間(予定)	(西暦) 2015年 5月 1日 ~ (西暦) 2017年 12月 31日
依頼症例数	10 例 (1 症例あたり最大 3 調査票)
調査経費 (1 調査票あたり)	¥ <u>39,000</u> (内 間接経費 ¥ <u>9,000</u> )( 消費税別 )
備考	

支払対象期間	(西暦) 2017年 4月 1日 ~ (西暦) 2018年 3月 31日
上記期間の実施 症例数及び回収調 査票数	実施症例数 8 例 調査票数 22 調査票 ※登録症例、調査票の明細を必ず添付する
振込金額	¥ 926,640 ( 内消費税 ¥ 68,640 )
支払方法	支払方法 : 指定の銀行口座に振り込む。 支払い時期 : <input type="checkbox"/> 調査終了後 30 日以内 <input checked="" type="checkbox"/> 年度末ごと 30 日以内 <input type="checkbox"/> その他( )
振込日	(西暦) 2018年 4月 20日
備考	※事後報告になった場合は、その旨を記載すること。

年度末ごとの場合、3月末を締めとしてください。

上記の期間に支払い対象になった調査票数をご記入ください。

申請時に指定した内容のとおりにご記載ください。

年度末ごとの場合、4月中の任意の日付、調査終了後 30 日以内の場合、終了報告書提出(予定)から 30 日以内の任意の日付をご指定ください。