

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完了報告書

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

下記の製造販売後調査について、全ての経費の支払いが完了したことを、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	

開始から終了までの支払い対象となった症例数と調査票数の合計をご記入ください。

実施症例数及び 回収調査票数	実施症例数 8 例 調査票数 20 調査票 ※登録症例、調査票の明細を必ず添付すること。
振込金額合計	¥ 842,400 (内消費税 ¥ 62,400)
最終振込完了日	(西暦) 2018年 1月 20日
備考	