

治験経費支払報告書

公益財団法人 大原記念倉敷中央医療機構
倉敷中央病院 御中

(委託者)
名 称
代表者名

印

下記治験経費の支払を行いましたので、報告致します。

記

治験課題名:

科 名:

振込金額内訳

	税抜計	消費税	税込計
契約単位経費	¥	¥	¥
症例単位経費	¥	¥	¥
被験者負担軽減費	¥	¥	¥
その他経費	¥	¥	¥

請求金額(税込) ¥

支払方法 指定の銀行口座に振り込む。

振込日 西暦 年 月 日