

医師主導治験に要する経費の院内助成に関する通知書

所属

治験責任医師

殿

院長

㊞

下記の医師主導治験に要する経費の院内助成金について通知いたします。

治験課題名			
治験責任医師			
治験分担医師			
承認金額（総額）			
補填予定金額	摘要	単価	予定症例数
	治験終了時、登録料	円	
	その他 ○○料		

内容	<input type="checkbox"/> 助成金の使用を許可する。 <input type="checkbox"/> 条件付きで助成金の使用を許可する。 <input type="checkbox"/> 助成金の使用を許可しない。
理由又は条件	
備考	