| 理　事 | 常勤顧問 | 財務部長 | 経理課長 |
|---|---|---|---|
| | | | |

調査番号　　－　（　　）

西暦　　年　　月　　日

慈恵医大晴海トリトンクリニック　所長殿

委託機関名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

委託代表者：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

診療科名　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

診療部長名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

調査代表者：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

# 調　査　委　託　申　請　書

| | |
|---|---|
| 区　　分 | １．使用成績調査　　２．特定使用成績調査 |
| 調 査 課 題<br>(具体的に) | |
| 調 査 期 間 | 西暦　　年　　月　から　西暦　　年　　月　まで |
| 委託機関担当者 | 担当者名：<br>所　　属：　　TEL：　　－　　－ |
| 調　査　経　費 | 予定症例：　　例　（実施症例：　　例）<br>１ 症 例：＿＿＿＿＿＿円<br>調 査 費：＿＿＿＿＿＿円（内　消費税＿＿＿＿＿＿円） |

注：①区分欄には、必ず○印を付けてください。

②提出時に契約当初の内容に変更があった場合は、

訂正箇所を線で消し、訂正印を押してご提出ください。

訂正印の種類

・委託機関・委託代表者の変更…社判

・診療部長または調査代表者の変更…変更後の診療部長または調査代表者の印

・予定症例数・金額の変更…診療部長または調査代表者の印

| 治験センター |
|---|
| |

提出先　経理課　　領収書 No.＿＿＿＿＿＿＿＿