

理事	常勤顧問	財務部長	経理課長

調査番号 - ()

西暦 年 月 日

東京慈恵会医科大学附属柏病院 院長殿

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

調査終了報告書 兼 費用申請書

区分	<input type="checkbox"/> 1.一般使用成績調査 <input type="checkbox"/> 2.特定使用成績調査 <input type="checkbox"/> 3.使用成績比較調査								
調査課題									
調査期間	年 月 日～ 年 月 日								
連絡先	委託機関名(※1) : _____ 担当者名: _____ 所属: _____ TEL: _____								
調査結果 (副作用の発生状況など) (※2)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">予定症例数</td> <td style="width: 25%;">症例</td> <td style="width: 25%;">実施症例数</td> <td style="width: 25%;">症例</td> </tr> <tr> <td style="height: 100px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	予定症例数	症例	実施症例数	症例				
予定症例数	症例	実施症例数	症例						
調査費用	調査費 : _____ 円(内 消費税 _____ 円) 内訳 : 1 調査票あたり _____ 円 × _____ 冊 振込予定日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日								
請求書/領収証	請求書: <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 / 領収証: <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要								

注:区分欄、請求書/領収証 欄には、必ず☑を付けてください。

※1 お支払いされる機関名をご記入ください。

※2 中止、中断、または調査終了前に費用申請が生じる場合、理由をご記入ください。

経理課

提出先 経理課

研究費 _____
 請求書No. _____ / 領収証No. _____