年　　月　　日

製造販売後調査実施費用納金連絡票

下記の通り製造販売後調査実施費用を納金したのでご連絡致します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付番号 | Ｒ－ | 医薬品名 |  |
| 依頼者 |  | | |
| 担当者・連絡先 | TEL | | |
| 調査期間 | 年　　月　　日 ～ 　　　　年　　月　　日 | | |
| 支払額 | 円 | | |
| 支払期限 | 年　　　月　　　日 | | |
| 請求書発行日 | 年　　　月　　　日 | | |
| 請求書番号 |  | | |
| 納金日 | 年　　　月　　　日 | | |
| 備考 |  | | |

依頼者名と振込名が異なる場合は、備考欄にその旨をご記載ください。

注意事項

※納金時は、依頼者名の後ろに受付番号『（Ｒ－　　　）』を入れてください。

※領収書は、原則、発行しません。必要な場合は、ご相談ください。

※納金後に、獨協医科大学埼玉医療センター臨床研究支援室 宛にメール又はＦＡＸしてください。

獨協医科大学埼玉医療センター　臨床研究支援室

E-mail：k-shien@dokkyomed.ac.jp

ＦＡＸ　０４８－９６５－１２７９

ご不明点等ございましたら臨床研究支援室までお電話ください（TEL ０４８－９６５－０６５８）。