

(別紙1) (一括)

西暦 年 月 日

## 納入明細書

岐阜県立多治見病院 理事長 様

調査依頼者

住所

氏名

印

製造販売後調査の実施に要する経費を下記のとおり納入いたします。

記

1 医薬品名または  
医療用具名・規格

2 調査の種類 使用成績調査 特定使用成績調査 副作用報告  
感染症症例報告 その他( )

3 調査責任医師 所属  
氏名

4 症例数 調査予定症例数 例 ※1症例 調査票あり

5 経費算定明細

内 訳	
合計	円 (別途消費税)

6 納入方法 (一括または分割)

年 度	金額 (別途消費税)	備 考
西暦 年度	円	
西暦 年度	円	
西暦 年度	円	
西暦 年度	円	
納入総額 (合計)	円 (別途消費税)	

担当者連絡先	住所:〒 所属 氏名 電話:
--------	-------------------------