西暦　　　年　　月　　日

受託研究費の納入に係る確認書

　地方独立行政法人宮城県立病院機構

宮城県立がんセンター総長　殿

研究依頼担当者

　　　住　所

　　　名　称

　　　担当者　　　　　　　　　　　　　印

　このことについて、下記のとおり報告します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 研究の種別 | □医薬品の臨床試験（治験）　（□第Ⅰ相　□第Ⅱ相　□第Ⅲ相）□製造販売後調査（□一般使用成績調査 □特定使用成績調査 □使用成績比較調査）□上記以外の研究（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 研究課題名 | （研究薬一般名：　　　） |
| 研究依頼者 |  |
| 研究責任医師 | 所属・職名：　　　　　　　　　　　　氏名： |
| 研究実施期間 | 西暦　　　年　　月　　日　～　西暦　　　年　　月　　日 |
| 研究実施状況 | 【納入可能額及び内訳】＊内訳を記載いただくようお願いします。　　　　　調査の場合：調査実施症例数　　○例今年度回収症例数　○冊（1冊あたり　○○○○○円）今回請求可能額　　　　　　　　　　　　　　　円(うち消費税額　　　　　　円) |
| 添付資料 | ・契約書の写し |