西暦　　　　年　　月　　日

成田赤十字病院　治験審査委員会事務局　宛

　　　　　　　　（薬剤部）

住　所：

会社名：　　　　　　　　　　　（捺印不要）

製造販売後調査費用振込通知書

1. 登　録　番　号　　　：
2. 製造販売後調査品目名：
3. 契 約 調 査 票 数 　：　　　　　　　　　　　件
4. 今回送付金対象件数　：　　　　　　　　　　　件
5. 送　　　金　　　額　：　　　　　　　　　　　円
6. 送　　　金　　　日　：　西暦　　　　年　　月　　日