

製造販売後調査受託料中間支払通知書

さいたま赤十字病院
院長 殿

※院長名の記載は不要です

製造販売後調査依頼者 ※依頼者情報を記載する

住所：

会社名：

代表者：

印

※契約日を記載する

西暦 年 月 日付で契約締結した下記の製造販売後調査について、下記のとおり製造販売後調査受託料を支払いたくご通知申し上げます。

記

医薬品・医療機器 再生医療等製品等名	例：○○○錠 5mg、10mg 等 ※製品名、規格を記載する	製造販売後調査登録番号 No. — ※当院発行の番号（新規申請時承認後の実施申請書記載の番号）
調査目的・課題名	※実施要綱等を参照して記載する	<input checked="" type="checkbox"/> 一般使用成績調査 <input type="checkbox"/> 特定使用成績調査 <input type="checkbox"/> 使用成績比較調査 <input type="checkbox"/> その他（ ） ※該当の調査をチェックする
調査予定期間	西暦○○○○年 ○月 ○日 ～ 西暦○○○○年 ○月 ○日	
調査予定症例数	○例（全国予定症例数： ○○○例）	
調査責任医師	所属・職名：○○○科 部長 氏名：○○ ○○	
対象調査期間	西暦○○○○年 ○月 ○日 ～ 西暦○○○○年 ○月 ○日 ※中間支払いの対象となる期間を記載する	
対象症例数	○例（調査票合計 ○○冊）※支払い対象となる症例数（冊数）を記載	
対象調査受託料	調査研究経費 <u>○○, 000</u> 円 管理的経費 <u>○, 000</u> 円 間接経費 <u>○○, 000</u> 円 合計 <u>○○, 000</u> 円（各経費・合計は税抜きで記載） ※「製造販売後調査に係る経費（調査受託料）算出基準」をもとに算出して下さい。 ※今回支払い対象となる受託料の各経費の総額および総合計を記載する。	
担当者連絡先	所属： 氏名： TEL： E-mail： ※担当者情報を記載する	
備考	調査票回収状況リストを添付してください。	

平成 15 年 1 月作成

平成 17 年 8 月 10 日改訂

平成 20 年 12 月 1 日改訂

平成 23 年 5 月 11 日改訂

平成 26 年 4 月 1 日改訂

平成 27 年 6 月 1 日改訂

平成 28 年 5 月 1 日改訂

平成 29 年 1 月 1 日改訂

平成 29 年 5 月 12 日改訂

西暦 2017 年 12 月 1 日改訂

西暦 2018 年 8 月 1 日改訂

西暦 2019 年 4 月 1 日改訂

西暦 2021 年 4 月 1 日改訂

西暦 2021 年 10 月 1 日改訂