**振込連絡書**

西暦　　　　年　　月　　日

日本赤十字社

静岡赤十字病院

T6010405002452

株式会社

代表取締役社長　　　　　　　印

下記製造販売後調査が終了しましたので、調査料等の振込をご連絡いたします。

なお、送付後一定期間内に連絡がない場合、確認済みとみなします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 調査課題名 |  |
| 調査診療科 |  |
| 責任担当医師 |  |
| 実施症例数・単価（税抜） |  例（1調査票あたり　調査料　円＋調査管理費　円）×消費税10％ |
| 振込金額（税込） |  円（内訳　調査料　　　　円　＋　調査管理費　　　　円）（うち、消費税　調査料　　　円、調査管理料　　　円） |
| 振込日 | 西暦　　　年　　　月　　　日 |
| 調査依頼者（会社名）・登録番号 | （T　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 担当者連絡先 | 所属 氏名住所TEL |

備考

以上