

(様式4)

病院長	副院長	委員長	部長	副部長	課長

提出日：西暦 年 月 日

製造販売後調査経費精算書

受付番号	診療科名	責任医師名
		⑩
調査・情報収集の種類	1. 一般使用成績調査 2. 特定使用成績調査 3. 使用成績比較調査 4. 安全管理情報	
調査・情報収集契約期間		
医薬品名又		

「請求書宛名」欄は、依頼会社名を記入してください。
ただし、
業務委託契約などにより、支払業務を外部に委託し、
請求書を委託先の会社名で発行して欲しい場合は、
この欄に委託先会社名を記入してください。

依頼者名	所在地	〒
	会社名	
	代表者名	
	請求書宛名	⑩
請求書送付先	担当者所属	
	担当者名	
	住所	
	Tel・Fax	

請求書の送付先をご記入ください。

※業務委託契約などにより、依頼会社以外の者が
書類作成の手続きや支払い業務などを行っている場合は、
担当者所属欄は会社名からご記入くださるようお願いいたします。

経費区分		
直接経費	単価×報告書数	
間接経費	直接経費×(契約書に定められた比率____%)	
合計 (a)	直接経費+間接経費	
消費税 (b)	(a)×(法令に定められた消費税率____%)	
税込支払総額	(a) + (b)	

*支払期限	西暦 年 月 日 (*依頼者は記入しないこと)
振込先	金沢医科大学病院指定銀行口座 金融機関名 : みずほ銀行 金沢支店 預金の種別 : 普通預金 口座名義 : 学校法人 金沢医科大学 口座番号 : 5 2 2 8 5 3

処理番号：PM

(依頼者は記入しないこと)