西暦　　　　　年　　　月　　　日

千葉大学医学部附属病院

臨床試験部　治験事務局　御中

申　込　者

千葉XX株式会社・臨床試験部

千葉　太郎

症例登録連絡票

下記治験に対し、症例登録がされましたので、請求書の発行をお願い致します。

|  |  |
| --- | --- |
| 整理番号 |  |
| 治験課題名 |  |
| 治験依頼者 |  |
| 連絡担当者 | TEL：　　　　　　　　　　　　E-MAIL：　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 診療科・責任医師名 | 　　　　　　　　　　科・部　　　　責任医師名　　　　　　　　　　 |
| 契約期間 |  |
| 登録症例数 | 登録症例数　　　　　症例目／　契約症例数　　　　　　症例 |
| 発生した研究費（１症例あたり） | □前観察□１症例目　□２症例目以降□（上記以外の研究費があれば名称を追記してください。）上記合計のご請求金額（　　　　　円（消費税別）） |
| 心エコー検査実施回数 | ○○回／例※ |
| 被験者識別コード |  |
| 症例登録日 | 　西暦　　　　年　　　　　月　　　　日 |
| 投薬開始(予定)日 | 　西暦　　　　年　　　　　月　　　　日 |
| 請求書発行日 | □希望なし□希望あり（　月　日付け） |
| 請求書郵送先 | 〒　　－ |

※1症例目と2症例目以降の研究費（ポイント算出表から算出される研究費）から1症例あたりの心エコー検査費用を循環器内科へ配分します。