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。