

整理番号	
区 分	<input type="checkbox"/> 使用成績調査
	<input type="checkbox"/> 特定使用成績調査
	<input type="checkbox"/> 副作用・感染症報告
	<input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器

西暦 年 月 日
殿

公立学校共済組合九州中央病院
病院長 前原 喜彦

調 査 費 用 請 求 書

下記のとおり、製造販売後調査に係る費用を請求いたします。

【医薬品等名】

【調査課題】

【担当医師（代表）】

【支払対象数】

請求金額： _____ 円（税込）

【振込先】※振込手数料はご負担願います。

銀行名	みずほ銀行
支店名	虎ノ門支店
預金種目	普通預金
口座番号	4503269
座名義	コウリツカ` ッコウキョウサイクミアイクウシユウチユウオウビ` ヨウイン
	公立学校共済組合九州中央病院