　　　　　　　年　　　　月　　　　日

京都岡本記念病院

臨床研究センター　御中

調査費振込の連絡

調査名：

調査依頼者：

調査担当医師名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　実施症例数：

（※調査担当医師が複数名の場合は医師ごとの症例数を記入してください）

振込調査費：　　　　　　　　　　　　　　　円　（うち消費税　　　　　　　　　　　　　円）

1症例あたりの調査費：　　　　　　　　　　　　　　円（うち消費税　　　　　　　　　　　　円）

振込予定日：　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

備考：

以上