（受付番号：2016-001～）

**臨床研究コーディネーター費用請求依頼書**

治験事務局　殿

依頼日　西暦　　　　　年　　　月　　　日

臨床研究・治験センター（ＧＣＰセンター）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　下記の通り、臨床研究コーディネーター費用の請求をお願いします。

1. **契約内容**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 治験薬等成分記号  又はコード名 |  | | |
| 治験課題名 |  | | |
| 第　　　相　（治験実施計画書番号：　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 治験依頼者名 |  | | |
| 治験責任医師名 |  | ポイント数 |  |
| 契約期間 | 西暦　　　　年　　　月　　　日　～　西暦　　　年　　　月　　　日 | | |

1. **請求内容**

|  |  |
| --- | --- |
| 被験者名 |  |
| 実施期間 | 西暦　　　　年　　　月　　　日　～　西暦　　　年　　　月　　　日 |
| 請求金額 | 注）各症例の治験終了後、当請求依頼書を作成し、治験事務局に費用請求依頼を行う。 |
| 治験実施計画書に規定された来院終了後の追跡調査（生存調査等）については、１症例１回につき　　　　　　　　円を支払う。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 治験事務局 | 請　求　日：西暦　　　　年　　　月　　　日  入　金　日：西暦　　　　年　　　月　　　日  入金処理日：西暦　　　　年　　　月　　　日 |

（臨床研究コーディネーター→事務局）