

調査責任医師・依頼者押印完了日を提出時に記載

当院担当者が記載するので空欄とする

西暦 年 月 日

### 副作用・感染症報告実施報告書

トヨタ記念病院 病院長 殿

(調査責任医師)

所属・職名

氏名 印

(調査依頼者)

住所

名称

代表者 印

下記副作用・感染症報告を実施しましたのでご報告いたします。

記

医薬品名・規格	
調査区分	■ 副作用・感染症報告
調査責任医師	所属・職名: 氏名:
調査期間	西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日
実施症例数	例 (予定症例数 例) 総分冊数: 冊(①)
費用	1分冊あたり単価: 円(②)税別 報告書作成経費の総計(①×②): 円(③)税別 管理的経費の総計(③×30%): 円 税別 合計(税込) 円(内、消費税 円)
調査結果の概要	自由記載。症例毎に分冊数が違う場合の内訳等、特記事項があれば記載する。別紙でも可
調査依頼者の担当者連絡先	所属: 氏名: TEL: FAX: E-mail:
※調査依頼者と請求書の宛名が異なる場合のみ 請求書の宛名	請求先が調査依頼者の会社名と異なる場合(委託先など)記載する
請求書の送り先	

当院請求の総額を記載

【帳票ルート】

(薬剤科・科部長 / 印 )⇒(臨床研究支援室)⇒企画・人事G⇒病院長( / 印 )⇒企画・人事G