西暦　　　　年　　月　　日

入　金　通　知　書（副作用・感染症自発報告）

広島赤十字・原爆病院

 治験事務局担当者 殿

会社名

担当者

貴院　　　　　　部　　　　　　　先生委託の調査対象医薬品

（西暦　　　　年　　月　　日契約）調査症例　　　　　症例の

調査経費　　　　　　　　　 円

管理経費　　　　　　　　　　円

合計　　　　　　　　　円を指定ロ座に西暦　　　　年　　月　　日に振り込みました

のでお知らせいたします。