|  |  |
| --- | --- |
| 整理番号 |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年 月 日

審査料支払申請書

東海大学医学部付属病院

臨床研究審査委員会　殿

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 機関名・所属 |  | | |
| 研究責任（代表）医師 | |  |  |

特定臨床研究等の諸費用支払いについて、下記のとおり申請します。

記

Ⅰ. 研究課題名

|  |
| --- |
|  |

Ⅱ．支払項目

|  |
| --- |
| □新規申請　□継続審査　□モニタリング　該当するものに✔を付けてください。 |

Ⅲ. 支払情報

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 東海大学用 | 経　費 | 諸費用支払いに関する研究資金の提供先について記載願います。 |
| 区　分 | □公的研究費　□学内研究費　□企業からの研究費　□その他  該当するものに✔を付け、詳細を下に記載願います。 |
| 提供先 | 研究課題名：  研究終了年：　　　　年  提供企業／団体名(資金名称)：　　　　　　　　　　　　　　 ( ) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 東海大学以外 | 請求書宛名 |  |
| 請求書送付先住所 | 〒 |
| 連絡先（電話番号）等 |  |