

治験事務局受付日	
治験事務局受付番号	

## 請 求 書

平成 年 月 日

株式会社 御中

富士宮市弓沢町150番地  
富士宮市長  
(富士宮市立病院)

下記治験の治療に伴う平成 年 月分の診療報酬負担分を請求します。

治験課題名(略):

被験者識別コード:

治験薬の名称及び治験成分記号:

治験期間(治験薬の投薬開始日、終了日):平成 年 月 日~平成 年 月 日

投 薬 料	注 射 料	検 査 料	画像診断料	小 計
円	円	円	円	円
振込先: 預金種別: 口座名義:			消 費 税	円
口座番号:			合 計	円

## 請求内訳

20	薬剤名・投与日・薬剤数量	
投		
薬		

30	薬剤名・投与日・薬剤数量	
注		
射		

60	回 点	検査項目・実施日・点数
検	薬剤	
査	回 点	

70	回 点	検査項目・実施日・点数
画	薬剤	
像	回 点	
診		
断		