

治験研究費・使用成績調査費等振込連絡票

| | | |
|-----|--|--|
| 発信先 | 濟生会新潟病院 経理課 TEL: 025-233-6161(代) FAX: 025-233-8880 E-mail: keiri@ngt.saiseikai.or.jp | 【お願い】 お振込み前に必ずこの連絡票を 左記へFAX送信してください (もしくは、この連絡票と同様の内容を 左記e-mailアドレスへ送信してください) |
| 発信元 | 貴社名: _____ TEL: _____ | ご担当者名: _____ FAX: _____ |

| | | | |
|---------|-------|------|---|
| 振込(予定)日 | 年 月 日 | 振込金額 | 円 |
|---------|-------|------|---|

| 振込明細(※印の欄は必ずご記入ください) | | |
|------------------------------------|----------|--|
| ①※ | 薬品または材料名 | |
| ②※ | 課題名 | |
| ③※ | 担当医師 | |
| ④ | 症例数 | |
| ⑤ | 1症例あたり単価 | |
| 複数の振込内容をまとめてご記載いただく場合は、備考欄をご活用ください | | |

| | |
|-----|--|
| 備考欄 | |
|-----|--|

治験研究費・使用成績調査費等に関する振込先口座

| | |
|---|-------------------------|
| 【ご注意ください】 下記口座は主に治験研究費や使用成績調査の振込に使用する口座です。 その他のお支払いに関しては別途請求書等で案内している口座へお支払いください。 | |
| 銀行名・支店名 | 第四北越銀行 小針が丘支店 |
| 口座種類・番号 | 普通預金 1286592 |
| 口座名義 | 濟生会新潟病院(サイセイカイニガトビョウイン) |