|  |
| --- |
| 研究協力課使用欄 |
| 整理番号 |  |

特定臨床研究等様式01号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　　　年 　月 　 日

審査料支払申請書

国立大学法人愛媛大学

臨床研究審査委員会　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 所属 |  |
| 所属長（愛媛大学のみ） |  |  |
| 研究責任（代表）医師 |  |  |

年 　月 　日付で提出した特定臨床研究等【 新規審査依頼 ・ 定期報告 】の審査料支払いについて、下記のとおり申請します。

記

Ⅰ. 研究課題名

|  |
| --- |
|  |

Ⅱ. 支払情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 愛媛大学用 | 経　費 | 名　称 | コ　ー　ド |
| 所管 |  |  |
| 財源 |  |  |
| 目的／プロジェクト |  |  |

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