委託研究費配算申請書

　　　　　　　年　　　　月　　　日

治験・臨床研究センター所長　様

　 　申　請　科　　　　　　　　　　　科　　　　申　請　者

　 　受付番号・治験薬名

　 請求時期

　　　　１．6ヵ月毎の治験実施状況報告（西暦　　　　年　　　月　　　日付書式11）時

　　　　２．治験終了（中止･中断）報告（西暦　　　　年　　　月　　　日付書式17）時

　　　　３．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

分配方法　　**分配方法は責任医師が決定するものとします。**

**※**治験実施状況報告書(書式11)」又は「治験終了(中止･中断)報告書(書式17)」に責任医師と治験委託元で確認された実績例数記載がある場合に、その委託研究費分配方法を決定します。

　例1）担当した例数に応じ責任医師・分担医師へ分配

　例2）責任医師へ総額の50%を分配し、残額を担当した例数に応じ分担医師へ分配

　例3）責任医師へ100%分配

　委託研究費を以下の割合\*（総額比率又は症例割合）で配算してください。

**\*記載できる数値は整数とし、各分担医師分配額に1円未満端数がある場合は責任医師配分で調整**

教職員番号･責任医師名･職名

（　　　　　 　　・　　　　　　 　・　　　 　）：　　　％ （ 　 　／ 　症例）

教職員番号･分担医師名･職名

（　　　　　 　　・　　　　　　 　・　　　 　）：　　　％ （ 　　 ／ 　 症例）

（　　　　　 　　・　　　　　　 　・　　　 　）：　　　％ （ 　　 ／ 　 症例）

（　　　　　 　　・　　　　　　 　・　　　 　）：　　　％ （ 　　 ／ 　 症例）

（　　　　　 　　・　　　　　　 　・　　　 　）：　　　％ （ 　　 ／ 　 症例）

（　　　　　 　　・　　　　　　 　・　　　 　）：　　　％ （ 　　 ／ 　 症例）

（　　　　　 　　・　　　　　　 　・　　　 　）：　　　％ （ 　　 ／ 　 症例）

（　　　　　 　　・　　　　　　 　・　　　 　）：　　　％ （ 　　 ／ 　 症例）

（　　　　　 　　・　　　　　　 　・　　　 　）：　　　％ （ 　　 ／ 　 症例）

上記内容を了承しました。　治験･臨床研究センター所長　㊞