西暦　　　　年　　月　　日

**治験担当者連絡先（振込先）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被験薬の化学名又は識別記号 |  | 治験実施計画書番号 |  |
| 治験課題名 |  |

**Ａ．治験依頼者**【　□ 新規・□ 変更（変更日：西暦　　年　　月　　日）・□　変更なし】

|  |  |
| --- | --- |
| 会社名 |  |
| 住所 | 〒 |
| 担当者名 |  | 所属部署名 |  |
| メールアドレス |  |
| TEL |  | FAX |  |

**Ｂ．開発業務受託機関**（□ 該当せず）

【□ 新規・□ 変更（変更日：西暦　　年　　月　　日）・□　変更なし】

|  |  |
| --- | --- |
| 会社名 |  |
| 住所 | 〒 |
| 担当者名 |  | 所属部署名 |  |
| メールアドレス |  |
| TEL |  | FAX |  |

**Ｃ．請求書宛名、送付先及び振込人名義**

|  |  |
| --- | --- |
| 請求書宛名 | * **Ａ**　　□　**Ｂ**　　□　その他（　　　　　　　　　　）
 |
| 請求書送付先 | □　**Ａ**　□　**Ｂ**　　□　その他（　下記記載　　　　　　　） |
| 〒 |
| 振込人名義(Ａ以外は覚書締結要) | □　**Ａ**　□　**Ｂ**　　□　その他（ ） |