

平成 30 年 3 月 12 日

治験関連機関

ご担当者 様

近畿大学医学部・病院事務局

研究グループ

臨床研究課

学術支援課

入金明細表について

貴社におかれましては、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

標記の件について、本学では治験に関連する請求についてのお振り込み通知は、下記の通り入金明細表を本学HPにてダウンロードいただき、メールにて送付をお願いしております。

記

1. 入金明細表について

入金明細表は、本学ホームページ(<http://www.med.kindai.ac.jp/rinsyo/payment/index.html>)よりダウンロードいただきますようお願いいたします。

【 入金明細表 】

① 振 込 年 月 日	②請求先名義	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇(株)	④ 振 込 金 額
30 年 3 月 20 日	③振込人名義	×××××××××× (カ)	300,000 円

(内 訳)					
No	⑤ 請 求 コ ー ド			⑥ 金 額	①振込実行日を記入してください。 ②請求書に記載の貴社名を記入し
例	Z	-	9999 - 999	999,999 円	
1	A	-	3001 - 001	100,000 円	
2	B	-	3001 - 010	200,000 円	
29	-			-	
30	-			-	
⑦ 合 計				300,000 円	

2. 送付日について

入金明細表の送付につきましては振込日の確定した日から振込実施後2日以内の間に送付いただきますようお願いいたします。

以 上