**医様式２５**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 　　　　　　　　　　　 |
| 治験事務局受付番号 |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　　　　　年　　月　　日

受　　託　　研　　究　　費　　出　　納　　簿

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 西暦　　　　年 | 摘　　　　　　　要 | 受　入　金　額 | 払　出　金　額 | 残　　　　額 |
| 月 | 日 |
|  |  |  |  |  |  |

注）摘要欄は、3号様式の整理番号等必要事項を記入すること。