　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　　　　　年　　　月　　　日

福岡大学病院長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　謝 金 振 込 依 頼 書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　治験(研究)責任医師：　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 治験(研究)受付番号：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連 絡 先：

　　　下記のとおり振込をお願いします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 総支給額 | 源泉徴収税額 | 差引支給額 |
| 円 | 円 | 円 |

※国内居住者への謝金(10.21％の課税)、国内非居住者への謝金(20.42％の課税)

* + - * 日 時：　　　　　　年　　　月　　　日　（　　）
      * 校務内容：
      * 受 取 人：　氏名　　　　　　　　　　　　　 　 TEL

　　　　　　　　　　　　　　　 住所 〒

(ご本人の居住所を記入)

* 受取人口座

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関 |  |
| 支 店 名 |  |
| 預金種類 | □ 1.普通預金　 □ 2.当座預金 □ 3.貯蓄預金 |
| 口座番号 |  |
| 口座名義 | （ﾌﾘｶﾞﾅ） |
|  |