　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　（様式２）

西暦　　　年　　月　　日

**被 験 者 数 に つ い て**（許可番号 第　　　　号）

１　課題名

２　依頼者

３　調査予定期間　　調査に要する経費支払日の翌日から 西暦　　　年　　月　　日　まで

４ 　責任医師　　　　所属・職名　　　　　　　　　　科（部）

　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

５　被験者数

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 総申請被験者数 | 実施被験者数 | 当該年度実施予定被験者数 | 次年度以降実施予定被験者数 | | | | |
| 例 | 例 | 例 | 年 | 年 | 年 | 年 | 年 |
| 例 | 例 | 例 | 例 | 例 |

　　※実施被験者数は，継続申請時に記入

６　調査票数

　　１例当たり　　　票

　　　複数調査票の場合：