

被験者負担軽減費申請書

西暦 年 月 日

獨協医科大学日光医療センター
病院長 殿

治験責任医師
所 属 :
氏 名 :

治験依頼者
住 所 :
会社名 :
代表者 :

下記の通り、被験者負担軽減費の支払いに関し申請致します。

記

治 験 薬 成 分 記 号 又は治験薬コード名		一般名	
治 験 課 題 名	第 相（治験実施計画書番号： ）		
治験実施計画番号			
実 施 予 定 期 間	契約締結日～西暦 年 月 日		
支 払 内 容	Ⅰ被験者のⅠ来院毎の金額	10,000 円	
	Ⅰ被験者の予定される来院回数	～ 回	
支 払 方 法	来院毎、会計時に会計窓口より支払う		
支 払 理 由	被験者が治験のために来院する交通費用等の負担を軽減するため		
備 考			

※押印省略