(1/2診療録貼付用）

負担軽減費振込み依頼書

私は，治験参加に伴う負担軽減費として外来通院1回につき7,000円，入院・退院に対しそれぞれ7,000円が支払われることについて説明文書を受け取り，十分な説明を受けました。また，その内容を十分理解しました。

治験参加に伴う負担軽減費の受領について

**□希望します　□希望しません**　※いずれかにチェックしてください。

希望振り込み口座は下記のとおりです。

**希望振り込み口座**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 金融機関 | 銀　行  　信用金庫  　郵便局 | 支　店  出張所 |
| 預金種別 | ・普　通 | ・当　座 |
| （フリガナ） |  | |
| 口座名義 |  | |
| 口座番号 |  | |

**本人署名欄**

依頼日 ：西暦20　　　　年　　　月　　　日

氏　名（自筆署名） ：

**代諾者署名欄**

依頼日 ：西暦20　　　　年　　　月　　　日

氏名（自筆署名） ：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(続柄)

住　所 ：

**補足説明した治験協力者**

私は，上記治験参加者（または代諾者）に説明文書を用いて補足的な説明を行いました。

説明日 ：西暦20　　　　年　　　月　　　日

所　属 ：

氏　名（自筆署名） ：

スタッフ使用欄

手続き区分 ：□新規　　　　□振込先の変更

カルテID ：　　　　　　　　　　治験参加患者ID：

治験責任医師 ：

（2/2 被験者控）

負担軽減費振込み依頼書

私は，治験参加に伴う負担軽減費として外来通院1回につき7,000円，入院・退院に対しそれぞれ7,000円が支払われることについて説明文書を受け取り，十分な説明を受けました。また，その内容を十分理解しました。

治験参加に伴う負担軽減費の受領について

**□希望します　□希望しません**　※いずれかにチェックしてください。

希望振り込み口座は下記のとおりです。

**希望振り込み口座**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 金融機関 | 銀　行  　信用金庫  　郵便局 | 支　店  出張所 |
| 預金種別 | ・普　通 | ・当　座 |
| （フリガナ） |  | |
| 口座名義 |  | |
| 口座番号 |  | |

**本人署名欄**

依頼日 ：西暦20　　　　年　　　月　　　日

氏　名（自筆署名） ：

**代諾者署名欄**

依頼日 ：西暦20　　　　年　　　月　　　日

氏名（自筆署名） ：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(続柄)

住　所 ：

**補足説明した治験協力者**

私は，上記治験参加者（または代諾者）に説明文書を用いて補足的な説明を行いました。

説明日 ：西暦20　　　　年　　　月　　　日

所　属 ：

氏　名（自筆署名） ：

スタッフ使用欄

手続き区分 ：□新規　　　　□振込先の変更

カルテID ：　　　　　　　　　　治験参加患者ID：



















治験責任医師 ：