(1/2診療録貼付用）

治験承認番号を記載してください。

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

患者さんに，チェックしていただいてください。

**□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)

治験協力者の方が記載してください。

住　所 ：

**補足説明した治験協力者**

患者さんが新規に治験に参加なさる場合には「新規」にチェックしてください。

患者さんから「振込先の変更」の申し出があった場合にチェックしてください。また，「振込先の変更」の場合には，この用紙を新たに作成してください。

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） ：

この欄には，患者IDと被験者識別コードを記載してください。

例) 患者ID：123-456-7，被験者識別コード：ABC-123　の場合

　　⇒　123-456-7　／　ABC-123

スタッフ使用欄

手続き区分 ：□新規　　　　□振込先の変更

治験参加者ＩＤ ：

治験責任医師の名前の名前を記載してください。

治験責任医師 ：