院内書式９

整理番号；

# 負担軽減費の負担に関する申出書

## 西暦 年　月　日

公立大学法人横浜市立大学附属市民総合医療センター

病院長　様

治験依頼者

住所（所在地）

法人名

代表者氏名　　　　　　　　　　印

「負担軽減費の支給に関する取扱要領」第１条の趣旨を踏まえ，被験者の負担軽減を図るため，次のとおり負担軽減費の負担について申し出いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 治験薬コード名 |  |
| Protocol No. |  |
| 試験区分及び治験課題名 | □治験 □製造販売後臨床試験 |
| 被験者の負担軽減費 | 来院１回につき 10,000円  入院・退院１回につき10,000円 |
| 治験実施計画書での予定来院回数 | 回 |
| 予定症例数 | 症例 |
| 契約予定期間 | 契約締結日 ～ 西暦 年 月　　日 |
| 治験責任医師 | 診療科(室) 職名 氏名 |
| 治験依頼者連絡先 | 所在地・所属・氏名  〒  TEL ： FAX：  E-mail： |