西暦　　　　年　　月　　日

負担軽減費の負担に関する申出書

実施医療機関の長

　公立大学法人 横浜市立大学附属病院 病院長　殿

治験依頼者

（名称）

（代表者）

「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。

|  |  |
| --- | --- |
| 被験薬の化学名  又は識別記号 |  |
| 治験実施計画書番号 |  |
| 治験課題名 |  |
| 負担金額 | 来院1回につき　　10,000円  入退院1回につき　10,000円  治験実施計画書に規定された来院・入退院以外での負担  　□なし　□あり（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  被験者以外への負担  　□なし　□あり（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 治験実施計画書に規定  された予定来院回数 | 1症例あたり　　　　回 |
| 治験実施計画書に規定  された予定入院回数 | 1症例あたり　　　　回  □該当なし |
| 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 | 診療科等：　　　　　　　　　氏名： |
| 担当者連絡先 | 氏名：　　　　　　　　　　　　所属：  TEL：　　　　　 　　FAX: 　　　　　　　Email： |