

当院書式10-1

整理番号	
区 分	☐ 治験 ☐ 製造販売後臨床試験
	☐ 医薬品 ☐ 医療機器 ☐ 再生医療等製品

西暦 年 月 日

岩手医科大学附属 殿

治験依頼者
住 所
名 称
代表者_____

被験者負担軽減費について

下記治験につきまして、被験者の負担軽減を図るために必要となる経費を算出したので報告致します。

記

被験薬の化学名 又は識別記号	
治験課題名	
被験者数（症例数）	人
実施計画書の来院 回数・入退院回数 （時期を具体的に）	
被験者負担軽減費	12,000円 × 被験者数 × （来院回数・入退院回数）＝ 円