

当院書式10-1

整理番号	
区 分	<input type="checkbox"/> 治験 <input type="checkbox"/> 製造販売後臨床試験
	<input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器 <input type="checkbox"/> 再生医療等製品

西 曆 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ま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・入院日数 （時期を具体的に）	
被験者負担軽減費	10,000円 × 被験者数 × (来院回数・入院日数) = 円