

被験者負担軽減費連絡票

西暦 年 月 日	
☐ 外来：〈来院回数 回〉 (/ . / . / . / . / . /)	
☐ 入院：〈入退院回数 回〉 (年 月 日 ~ 年 月 日) (来院 1 回 (入退院 1 回) につき 12,000 円)	
支払い金額： ¥ _____	
被験者氏名： _____ (識別コード*： _____)	
_____ 科	治験責任(分担)医師署名： _____
治験薬名： _____ (整理番号： _____) 依頼者名： _____ (支払い： _____)	
岩手医科大学附属 _____	

事務局記載欄

①被験者負担軽減費	:	円
②管理経費 (①×35%)	:	円
③間接経費 ((①+②)×30%)	:	円
合計	:	円