

被験者負担軽減費連絡票

				西曆	年	月	日
<hr/>							
□外来：〈来院回数 回〉（ / . / . / . / . / . / ）							
<hr/>							
□入院：〈入院日数 日〉（ 年 月 日 ~ 年 月 日 ）							
（来院1回（入院2週）につき10,000円）							
<hr/>							
支払い金額： ¥							
<hr/>							
被験者氏名：							
（識別コード： _____ ）							
<hr/>							
科 治験責任(分担)医師署名：							
<hr/>							
治験薬名： _____ （整理番号： _____ ） 依頼者名： _____							
（支払い： _____ ）							
<hr/>							
岩手医科大学附属 _____							