（医）東大書式２５　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　　　　年　　　月　　　日

 　整理番号

**予定される治験の費用負担と被験者への支払いに関する資料**

東京大学医学部附属病院長　殿

自ら治験を実施する者

　診療科（部）

氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

下記の予定される治験の費用負担と被験者への支払いを申し出します。申し出が受入れられたときは、研究対象の医薬品、医療機器もしくは再生医療等製品、および研究に必要な消耗資材は適切に準備し、東京大学治験取扱規則に掲げる条件、並びにＧＣＰ省令（製造販売後臨床試験にあってはＧＰＳＰ省令を含む）、東京大学医学部附属病院の治験に関する規則、および契約書等を遵守します。

記

１．治験課題名

２．研究対象薬物等の区分

□治験薬　　　□医療機器　　□再生医療等製品　□体外診断用医薬品　　□その他：

３．被験者数及び実施予定期間

被験者数：治験審査委員会承認症例数 例

実施期間：合意日　～　西暦　　　　年　　月　　日

４．治験参加に伴う被験者負担の軽減費用 □有　 □無

有の場合：

１来院あたりの支給額　：　　　　　　　　　円

治験実施計画書で定められた１症例あたりの来院回数：　　　回（通院　　　回，入退院　　　回）

その他：

５．保険外併用療養費制度の適用　　　　　　　　　□有　 　□無

製造販売後臨床試験の場合は、「治験」とあるのを「製造販売後臨床試験」と読み替えるものとする。

当診療科（部）での治験等の実施について承認していることをここに証します。

西暦　　　年　　月　　日　　診療科（部）長：　　　　　　　　　　　　　　　印