|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 治験参考書式５ | 整理番号 |  |
|  | 区分 | ■治験　　 |
|  | □医薬品　□医療機器　□再生医療等製品 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　　　　年　　　月　　　日

**予定される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

氏名

下記の予定される被験者への支払いを申し出します。

記

１．治験課題名

２．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

支払い時期　：

（ア）開始日

□同意取得日より

□スクリーニング検査開始日より

□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（イ）終了日

□最終観察日（有害事象のフォローアップを含む）

□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（ウ）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

その他特記事項：

当診療科（部）での治験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