治験参考書式１ 西暦　　年　　月　　日

**被験者への支払に関する資料**

東京大学医学部附属病院長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　治験依頼者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

　貴病院に依頼しております次の治験について，被験者の負担軽減を図るための支払いに関してご報告します。

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 治験課題名 |  |

記

1. 支払いの有無と算出基準

□あり：算定基準＝貴病院において定められる１来院当たりの支給額　：　７，０００円

□なし

1. 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）有害事象による来院日

□含む

□含まない（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（エ）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. その他特記事項（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）