西暦　　年　　月　　日

被験者への支払いに関する資料

医療法人渓仁会手稲渓仁会クリニック 院長殿

治験依頼者

株式会社

治験薬名：

治験課題名：

治験実施計画書番号：

本治験に係る被験者の負担軽減費として下記のとおり支払います。

記

<支払予定回数・内訳>

・外来　回、　入院　回　　　　計　　回、

スクリーニング

投与期間　　　Day　、Day　……

<支払予定金額>

・1来院につき（入院の場合は入退院1回につき）7,000円

・予定被験者数　　例

7,000円×　　　回×　　　例＝　　　　　　円

また、上記以外、有害事象の追跡で来院が必要となった場合など、治験に関わる来院に対しても支払い対象とします。

以上