年　　　月　　　日

**被験者への支払いに関する資料**

|  |  |
| --- | --- |
| 治験薬名 |  |
| 治験実施計画書番号 |  |
| 治験課題名 |  |
| 治験依頼者 |  |
| 治験国内管理人 |  |
| 実施医療機関 | 旭川医科大学病院 |

**１．負担軽減費**

・

・

・

【被験者負担軽減費の総額】7,000円　×　来院回数　　回　×　症例　＝　　　　　円

**２．保険外併用療養費支給対象外費用**

・

・

・

・

|  |  |
| --- | --- |
| 期間（Visit） | 対象 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

以上