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**

本治験参加に伴う交通費等の負担を軽減することを目的とし、被験者負担軽減費を以下基準に従い治験依頼者が被験者に支払うこととする。

**２．保険外併用療養費支給対象外費用**

保険外併用療養費制度にて定められている治験依頼者の費用負担の範囲にて治験依頼者が支払う。

支払い基準は事前に実施医療機関と治験依頼者との間で別途覚書を締結する。

|  |  |
| --- | --- |
| 期間（Visit） | 対象 |
| スクリーニング期間 |  |
| 治験薬投与期間 |  |
| 後観察期間 |  |
| その他 |  |

以上