**被験者負担軽減費に関する説明書**

(西暦)　　　年 　 月 　 日

名古屋市立大学病院　病院長 殿

治験依頼者名

当該治験実施中に、以下のように被験者負担軽減を図るための経費が算出される予定です。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 治験課題名 | （対象被験者の診療科名　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 治験実施期間 | | 契 約 締 結 日 ～ （西暦）　　年　　月　　日 | | | |
| 契約症例数  貴院における支給額；  １来院当たり10,000円  及び  実施計画書上の  予定来院回数  （※治験のための入  院は入退院で１回） |  | | 症例数 | 予定来院回数/症例 | 備 考 |
| 契約症例数 | | 例 | 回 |  |
|  | |  |  |  |
| 必要となる経費 | （回；総予定来院回数）×10,000円＝ 　　　　 円（消費税･管理費別） | | | | |

* 以下/裏面にスケジュール表（来院目的・日程等がわかるもの）を記載。