

西暦 年 月 日

被験者負担の軽減に係る資料

京都大学医学部附属病院長 殿

治験依頼者
(住所)
(名称)
(代表者)

印

貴院に依頼しております治験について、治験参加に伴う被験者負担の軽減を図るために必要となる経費についての資料を提出いたします。

記

被験薬の化学名 又は識別記号		
治験課題名		(治験実施計画書番号：)
a	契約症例数	症例
b	治験実施計画書で 定められた来院回数 (1症例当たり)	回
c	総来院回数 (a × b)	回
被験者負担の軽減対象外の場合の確認欄 (該当する場合必ず記入)		
<input type="checkbox"/> 上記の治験は、被験者の負担軽減の対象外治験です。 (理由) <input type="checkbox"/> 治験対象患者は、すべて入院患者である。 <input type="checkbox"/> その他 []		

該当する場合に
のみ記載

※ 1症例当たりの来院回数を確認できる書類を添付願います。

書類の形式は問いません