

治験経費明細書

財団法人 倉敷中央病院
院長 小笠原 敬三 殿

(委託者)
所在地
名称
代表者名

印

治験に要する経費について下記のとおり同意致します。

記

治験薬・治験機器名 _____

治験期間 _____ 契約締結日 から 西暦 年 月 日迄

目標被験者数 _____ 例

I. 直接研究経費

(1) 治験研究費 (1症例あたり) : ¥ _____ (消費税込)

(2) 謝金 (総額) : ¥ _____ (消費税込)

II. 管理的経費

(1) 治験薬管理経費 (総額) : ¥ _____ (消費税込)

(2) 備品費 (総額) : ¥ _____ (消費税込)

(3) 賃金 (総額) : ¥ _____ (消費税込)

(4) 管理費 (総額) : ¥ _____ (消費税込)

III. 間接経費 (総額) : ¥ _____ (消費税込)

IV. 特定療養費の支給対象外経費：別途作成される請求書にて支払う。

寄贈又は貸与物品の有無及びその内容 (有 ・ 無)

付記) 上記に定める経費の他、保険請求審査の結果、当該治験に係るものと判断された場合、その診療費用については治験終了後、実費精算を行うものとする。