

治験協力費の銀行振込申請書

財団法人 倉敷中央病院
院長 小笠原 敬三 殿

治験責任医師
診療科名
氏 名

印

臨床研究センター

印

(治験名) _____ 臨床試験に関して下記の診療を行いましたので、
被験者に対し別紙(書式22-1)の金融機関への治験協力費の振込をお願い致します。

カルテ番号		患者氏名			
診察回数	治験実施計画書で定めた診察	診察日	振込み処理日(原則月末)	事務局 確認	
その他	1	年 月 日	年 月 日		
その他	2	年 月 日	年 月 日		
その他	3	年 月 日	年 月 日		
その他	4	年 月 日	年 月 日		
その他	5	年 月 日	年 月 日		
その他	6	年 月 日	年 月 日		
その他	7	年 月 日	年 月 日		
その他	8	年 月 日	年 月 日		
その他	9	年 月 日	年 月 日		
その他	10	年 月 日	年 月 日		
その他	11	年 月 日	年 月 日		
その他	12	年 月 日	年 月 日		
その他	13	年 月 日	年 月 日		
その他	14	年 月 日	年 月 日		
その他	15	年 月 日	年 月 日		
その他	16	年 月 日	年 月 日		
その他	17	年 月 日	年 月 日		
その他	18	年 月 日	年 月 日		
その他	19	年 月 日	年 月 日		
その他	20	年 月 日	年 月 日		

その他について

* 同意取得日に治験に係る診察、検査などの実施があれば診察回数に

カウントする・カウントしない

* 治験実施計画書で定めた診察日以外で治験に係る来院(検査・治験薬処方など)があれば診察回数に

カウントする・カウントしない

* 有害事象のための来院は診察回数に

カウントする・カウントしない

*