

治験経費明細書

公益財団法人 大原記念倉敷中央医療機構
倉敷中央病院
院長 _____ 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) 治験研究経費(1症例あたり) : ¥ _____ (税抜)

(2) 謝金(総額) : ¥ _____ (税抜)

II. 管理的経費

(1) 治験薬管理経費(総額) : ¥ _____ (税抜)

(2) 備品費(総額) : ¥ _____ (税抜)

(3) 賃金(総額) : ¥ _____ (税抜)

(4) 管理費(総額) : ¥ _____ (税抜)

III. 間接経費(総額) : ¥ _____ (税抜)

IV. 保険外併用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。

※すべての経費において、消費税は別途がかかります。本治験契約期間の中途において消費税率が改正された時は、消費税率は改正税率によるものとする。