Ver.160901
書式22-2（1）　　第　　号

被験者負担軽減費の銀行振込申請書

倉敷中央病院
院長 ＿＿＿＿＿＿ 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）の金融機関への被験者負担軽減費の振込をお願い致します。

振込金額	１回あたりの被験者負担軽減費　×　診察回数 （　　円）×（　　回）	総額　￥

カルテ番号		患者氏名					
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	
						回数	印
		20　年　月　日		20　年　月　日			
		20　年　月　日		20　年　月　日			
		20　年　月　日		20　年　月　日			
		20　年　月　日		20　年　月　日			
		20　年　月　日		20　年　月　日			
		20　年　月　日		20　年　月　日			
		20　年　月　日		20　年　月　日			
		20　年　月　日		20　年　月　日			
		20　年　月　日		20　年　月　日			
		20　年　月　日		20　年　月　日			
		20　年　月　日		20　年　月　日			
		20　年　月　日		20　年　月　日			
		20　年　月　日		20　年　月　日			
		20　年　月　日		20　年　月　日			
		20　年　月　日		20　年　月　日			
		20　年　月　日		20　年　月　日			
		20　年　月　日		20　年　月　日			
		20　年　月　日		20　年　月　日			
		20　年　月　日		20　年　月　日			
		20　年　月　日		20　年　月　日			

（診察回数1回＝被験者負担軽減費1回とカウントします）