

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

臨床研究センター

印
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	診察日	振込み処理日 (原則月末)	事務局確認	
				回数	印
治験実施計画書で定めた診察		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		
		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)