

西暦 年 月 日

社会医療法人医仁会  
中村記念病院 病院長 殿

治験依頼者

住 所 :

名 称 :

代表者 :

## 被験者への支払いに関する資料

下記治験につきまして、被験者の治験参加中における負担の軽減として、負担軽減費を支払うことと致します。被験者への支給に当たっては、事前に同意説明文書により説明し、文書にて同意を得ることと致します。

支給額及び支給回数については、〇〇〇〇円を〇〇回支払うことと致します。

なお、負担軽減費の支給が、本治験において被験者の同意への誘導的要因または被験者の治験参加への拘束的要因とならないよう治験責任医師及び治験分担医師には十分注意して同意の取得あるいは治験の実施をしていただくようお願い申し上げます。

### 記

治験課題名 :

治験実施計画書番号 :

負担軽減費支給額 :

実施予定症例数 : 例

以上