（資料1）

西暦　　　年　　月　　日

被験者への支払いに関する資料

１．依頼者：

２．治験薬名：

３．治験課題名：

４．整理番号：

５．治験責任医師（氏名）：

６．治験期間：契約締結日～　　　　年　　月　　日（予定）

＜支払い内容＞

|  |  |
| --- | --- |
| 支給額 | 7,000円（来院又は入退院1回あたり） |
| 目的 | 被験者の負担軽減を図るため |
| 支払方法 | 本治験のために来院した回数に7,000円を乗じた金額を1ヶ月ごとに  まとめて被験者の指定する銀行口座に原則としてその翌々月以降に振り込む。 |
| 予定症例数  ① |  |
| 来院予定回数② |  |
| 合計 | \7,000×①×②＝　　　　　　円 |

以上