

治験被験者来院確認表 (治験協力費支給用)

[治験依頼者] [治験コード名] _____

[治験課題名]

★被験者 ID: _____ 被験者識別コード: _____

★被験者氏名: _____

★被験者生年月日: _____ 治験責任医師: _____

同意取得日: _____ 治験分担医師: _____

来院日	令和 年 月 日				
医師確認 印又は署名					
備考					
来院日	令和 年 月 日				
医師確認 印又は署名					
備考					

※来院日が継続する場合は別紙・治験被験者来院確認追加表に記載する

治験協力費支払依頼書

病院政策課課長様

令和 年 月 日

令和 年 月 日までの本治験の協力費を支払うことを依頼します。

治験責任医師: _____ 印

治験分担医師: _____ 印

※被験者の来院を確認後、医師が押印又は署名をし、被験者又は代諾者の署名後、治験協力費の支払い手順書に
定めた算定終了日に、協力費支払依頼書に必要事項を記載し病院政策課へ提出して下さい。

※病院政策課は本表を基に治験協力費を計算し治験依頼者に本表のコピー(★欄は目隠し)を付けて、治験協力
費を請求して下さい。その後、請求確認欄に押印し、本表と受給振込依頼書を併せて保管管理して下さい。

※病院政策課は、治験依頼者から治験協力費を受領後、速やかに治験協力費受給振込依頼書に記載された被験者
の指定金融機関へ振り込んで、治験協力費振込日を被験者に連絡して下さい。

政策課	治験協力費計算書 (請求額兼支給額)	政策課	治験協力費 請求確認欄	印
	(来院日数) 日 × 7,000 円 = ,000 円			

上記金額を請求します

年 月 日 _____
(被験者署名)

年 月 日 _____
(代諾者署名)

治験被験者入院確認表 (治験協力費支給用)

[治験依頼者] _____ [治験コード名] _____

[治験課題名]

★被験者 ID : _____ 被験者識別コード : _____

★被験者氏名 : _____

★被験者生年月日 : _____ 治験責任医師 : _____

同意取得日 : _____ 治験分担医師 : _____

	開始日	終了日
	令和 年 月 日	令和 年 月 日
医師確認 印又は署名		

治験協力費支払依頼書

病院政策課課長様

令和 年 月 日

令和 年 月 日までの本治験の協力費を支払うことを依頼します。

治験責任医師 : _____ 印

治験分担医師 : _____ 印

- ※被験者の算定の開始日・終了日を確認後、医師が押印又は署名をし、被験者又は代諾者の署名後、治験協力費の支払い手順書に定めた算定終了日に、協力費支払依頼書に必要事項を記載し病院政策課へ提出して下さい。
- ※病院政策課は本表を基に治験協力費を計算し治験依頼者に本表のコピー（★欄は目隠し）を付けて、治験協力費を請求して下さい。その後、請求確認欄に押印し、本表と受給振込依頼書を併せて保管管理して下さい。
- ※病院政策課は、治験依頼者から治験協力費を受領後、速やかに治験協力費受給振込依頼書に記載された被験者の指定金融機関へ振り込んで、治験協力費振込日を被験者に連絡して下さい。

	治験協力費計算書 (請求額兼支給額)	
政策課	(入院日数)	日 ÷ 7 = 週 (...@) <small>(小数切り上げ)</small>
		@ × 7,000 円 = ,000 円

政策課	治験協力費 請求確認欄	印
-----	----------------	---

上記金額を請求します

年 月 日 _____

(被験者署名)

年 月 日 _____

(代諾者署名)