

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	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 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	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 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

令和 年 月 日

令和 年 月 日までの来院を確認しました。

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、病院財務課へ提出して下さい。

※病院財務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。

治験協力費（外来）計算方法
（来院日数）×7,000 円

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		

令和 年 月 日

令和 年 月 日までの来院を確認しました。

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、病院財務課へ提出して下さい。

※病院財務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。

治験協力費（入院）計算方法
① （入院日数） ÷ 7 = （入院週） ※小数切り上げ
② （入院週） × 7,000 円