

## 予定される治験費用に関する資料

独立行政法人国立病院機構  
名古屋医療センター 院長 殿

治験依頼者  
●●製薬株式会社

下記治験について、治験責任医師と協議のうえ、以下のとおり依頼者が費用を負担します。

課題番号：

治験課題名：

### 記

項目	期間			備考
	同意取得後～治験薬投与開始まで	治験薬投与期間*	治験薬投与期間終了日翌日～観察終了まで	
検査・画像診断の費用 **	治験実施計画書で規定されたもの <input type="checkbox"/> 被験者負担分 <input type="checkbox"/> 全額	全て <input checked="" type="checkbox"/> 全額	治験実施計画書で規定されたもの <input type="checkbox"/> 被験者負担分 <input type="checkbox"/> 全額	
同種同効薬の費用	(「なし」、又はある場合は「薬品名」を記載して下さい) <input type="checkbox"/> 被験者負担分 <input type="checkbox"/> 全額	(「なし」、又はある場合は「薬品名」を記載して下さい) <input checked="" type="checkbox"/> 全額	(「なし」、又はある場合は「薬品名」を記載して下さい) <input type="checkbox"/> 被験者負担分 <input type="checkbox"/> 全額	
上記以外で治験のために必要な薬剤等の費用***	(「なし」、又はある場合は「薬品名」を記載して下さい) <input type="checkbox"/> 被験者負担分 <input type="checkbox"/> 全額	(「なし」、又はある場合は「薬品名」を記載して下さい) <input type="checkbox"/> 被験者負担分 <input type="checkbox"/> 全額	(「なし」、又はある場合は「薬品名」を記載して下さい) <input type="checkbox"/> 被験者負担分 <input type="checkbox"/> 全額	

\* 治験薬投与期間は、治験薬投与開始日～治験薬最終投与日 中止判断日（医師判断日・被験者説明日） 中止/終了検査日（中止/終了登録日）までとする

\*\* 治験薬投与期間外の治験実施計画書にて規定された検査・画像診断のうち、保険で査定を受けた費用については基本的に全額負担とする

\*\*\*悪性腫瘍特異物質治療管理料、外来化学療法加算及び無菌製剤処理料等の費用も負担について記載

入院の費用 治験実施計画書での規定入院 なし あり（期間： ）

依頼者負担なし

依頼者負担あり（期間： ）

被験者負担分 全額

入院基本料（入院に伴って発生する加算料を含む） 食事代 差額ベッド代（上限： 円/日（税別）） その他（ ）

なお、上記以外の費用について、保険請求できなかった費用は、全額治験依頼者が負担します。

以上