

20●●年●月●日

## 被験者への支払に関する資料

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被験者負担軽減費を以下のとおり、お支払いいたします。

### 記

治験薬名：

治験課題名：

負担軽減費支給額：外来時 1来院につき 7,000円

入院時 入退院1回につき 7,000円

治験実施計画書上の来院予定回数：入院●回、外来●回

なお、上記のほか、被験者が治験実施計画書に規定された条件にあてはまり、追加来院が必要となる場合及び治験実施計画書に規定された来院以外に有害事象に対する治療等で来院する場合にも、1来院につき 7,000円をお支払いいたします。

以上