B6

　B5

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | |  | | --- | |  |   （ＩＤカード欄）  Ａ－○○　　の治験に参加された方に  【作成上の注意点】  ・2枚複写式とし、左隅糊付で作成してください  治験参加に伴うあなたの負担を軽減する目的で、治験規定の来院毎  もしくは、入退院1回に対して、治験依頼者より負担軽減費が支払われ  ます。この支払いに関する詳細は治験の説明文書に記載されています。この受取は雑所得となりますのでご留意ください。    **右の「お名前」の欄のみご記入下さい。日付は、窓口でご記入いただきますので、未記入のままお持ち下さい。**    　 年　　　月　　　日  　東海大学医学部付属病院  　　△○科  　 　 印  　 （医師署名又は記名捺印）  負担軽減費の引換は下記の時間内に会計窓口へお越しください。  病院診療日の8:00～16:30（土曜日は14:30まで）にお願いします。 |

（医療機関控）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | （ＩＤカード欄）   |  | | --- | |  |   Ａ－○○　　の治験に参加された方に  治験参加に伴うあなたの負担を軽減する目的で、治験規定の来院毎  もしくは、入退院1回に対して、治験依頼者より負担軽減費が支払われ  ます。この支払いに関する詳細は治験の説明文書に記載されています。この受取は雑所得となりますのでご留意ください。    **右の「お名前」の欄のみご記入下さい。日付は、窓口でご記入いただきますので、未記入のままお持ち下さい。**    　年　　　月　　　日  　東海大学医学部付属病院  　　△○科  　 　 印  　 （医師署名又は記名捺印）  負担軽減費の引換は下記の時間内に会計窓口へお越しください。  病院診療日の8:00～16:30（土曜日は14:30まで）にお願いします。 |  | 受付番号：01-1234  治験負担軽減費引換券  （兼領収書）  　 東海大学医学部付属病院　殿  金額　　￥１０,０００-  但し、負担軽減費として受領いたしました。  　 　 　　年 　 月 　 日  （お名前）  （自署）  支払い区分：  　□ 投薬開始日の来院日  　□ 投薬後１週後の来院日  　□ 投薬後２週後の来院日  □ 投薬後３週後の来院日  　□ 投薬後４週後の来院日  　□ 投薬後５週後の来院日  　□ 投薬後６週後の来院日  　□ 投薬後７週後の来院日  　□ 投薬後８週後の来院日  　 その他  　□ |