愛媛大書式12

　西暦　　　年　　月　　日

被験者への支払いに関する資料

愛媛大学医学部附属病院

病　院　長　殿

治験依頼者

住所

名称

代表者名

下記の治験において患者さんへの支払いについて、以下のように定めます。

|  |  |
| --- | --- |
| 治験薬名・コード番号 |  |
| 治験題目 |  |
| 算出基準 | １）　　貴病院において定められる一来院当たりの支給額：１０，０００円、１５，０００円又は２０，０００円２）　　治験実施計画書で定められた来院回数：　　　　〇回　＊〇症例 |

