

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 2) 治験実施計画書で定められた来院回数（1症例あたり）： ○回