愛媛大書式5

治験負担軽減費振込依頼書

保管先を記載すること

診療科（部）保管用（1枚目）

センター保管用（2枚目）

患者さん保管用（3枚目）

愛媛大学医学部附属病院

病　院　長　　　　　殿

治験コード名

治験課題名

治験参加に伴う交通費等の負担軽減について、十分な説明を受け理解いたしました。

受給する負担軽減費は、下記の口座に振り込んでいただくようお願いいたします。

（ご本人） 〒　　　　　―

住　所

署名または記名押印 　　　　　　　　　　　　　　　　印

連絡先（電話番号）

（代理人） 〒　　　　　―

住　所

署　名

連絡先（電話番号）

振込口座

（銀行、信用金庫、農協を使用できます。）

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関 | 　　　　　　　銀行　　　　　　　　　　本店　　　　　　　信用金庫　　　　　　　　支店　　　　　　　農協　　　　　　　　　　支所 |
| 預金種別 | 普通　　　　　　　当座 |
| 口座名義 | ふりがな 氏　名 |
| 口座番号 |  |

※確認のため、お手数ですが通帳の見開きページ（口座番号と名前の確認できるページ）のコピー

を添付願います。ただし、ネットバンクの場合は不要です。

記載していただいた個人情報は、治験の負担軽減費振込みの目的以外では使用いたしません。

注.)３部複写とし、診療科（部）、臨床研究支援センター、患者さんがそれぞれ保管する。