

治験負担軽減費振込依頼書

愛媛大学医学部附属病院
病 院 長 殿

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）

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 信用金庫 農協	本店 支店 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、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。