（治験薬名：　　）　　（依頼者　　）

様式(協)１

平成　　年　　月　　日

患者さんのお名前

様

新潟県立がんセンター新潟病院長

振り込み口座名の提出について
（治験参加に伴う交通費等の負担を軽減するための経費振り込み用）

治験薬名　：

希望振込み口座名をご記入ください。

銀行名	（　銀行　・　金庫　） （　　支店）
(ふりがな) 口座名義	
種類	普通　・　当座
口座番号	
ご本人のご住所及び電話番号	ＴＥＬ　　－　　－

注意）税務上　本人（本人が未成年者等の理由で代諾者が適当な場合は同意書を記載した代諾者）以外の口座への振込みは認められません。

ご記入後は、治験協力者にお渡しください。

お問い合わせ先　：　薬剤部内　臨床試験支援室
電話番号　０２５（２６６）５１１１
内線２１５９

○○○○○○○○○○○○○○○試験
○○○○○○－新潟県立がんセンター新潟病院