

経 由	確認印
治験事務局	

平成 年 月 日

新潟県立がんセンター新潟病院
経 営 課 殿

治験担当医師

診療科 _____ 科

_____ 印

_____ 臨床試験における
被験者への治験協力費支払い申請書

本院において実施しております

課題名： _____ の治験におきまして、
下記被験者に対する治験が終了いたしましたので、被験者への治験協力費の支払いを申請します。

記

被験者名： _____ ID番号： _____

支払い額： 7,000円 × _____ 回 = _____ 円

(来院記録簿を添付すること)