

様

新潟県立がんセンター新潟病院長

治験協力費振り込みの通知について

当院で実施いたしました_____の治験に伴う「治験参加に伴う交通費等の負担を軽減するための経費」として、ご指定の口座に下記のとおり振り込みますのでお知らせいたします。

記

治験参加者のお名前	
治験のための来院回数	回
お支払い金額 (来院1回につき、7,000円)	円
振込予定年月日	年 月 日

(ご指定口座)

金融機関名	
口座名義	
預金種別	
口座番号	

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