**被験者の負担軽減費に関する確認書**

『　　　　　（治験課題名）　　　　　　』の治験に参加に伴う交通費等の負担軽減費について、十分に説明を受け、理解いたしました。

記入欄

(確認日) 20　　　年　　月　　日

本人氏名

住所

<<希望振込み口座>>

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 振込先銀行名 | 　　　　　　　　　　　　　銀行　　　　　　　　　　　　　信金　　　　　　　　　　　　　組合 | 支店 |
| 振込口座 | 預金種目　 | １. 普通　２. 当座 | 口座番号 |  |
| （ふりがな）名　義 |  |
|  |

説明者

(説明日) 20　　年　　月　　日

職名

氏名