**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