事務局保管用

**治験参加に伴う負担軽減費の振込先について**

治験課題名：XXX

あなたは治験参加の同意文書で、負担軽減費の受け取りを希望されましたので、振込先のご指定をお願いいたします。

記載内容に誤りがありますと、振込ができませんので、正確にご記入ください。

また、ゆうちょ銀行の場合、通帳の見開きページのコピーをご提出いただきます。

確認日　20　　　　年　　　　月　　　　日 本人氏名

住所

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関 | 銀行 ・ 信用金庫 ・ 農協 | 支　店 | 店 | | | | | | | |
| 預金種別 | 普　通　　・　　当　座 | 口座番号 (ゆうちょ銀行以外) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座番号 (ゆうちょ銀行) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義 | フリガナ | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **※口座名義人が治験参加者本人でない場合は、口座名義人が以下に署名してください。** | | | | | | | | | | |
| 理由：  ご署名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄：　　　　　　） | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 作成ガイド）  　＊　　「事務局保管用」「管理課保管用」「治験参加者用」の順序で3枚の複写式にする。   * ICFの巻末に綴じ込み、　「事務局保管用」「管理課保管用」を切り離せるように製本する。 |