様式３

（ 2024.6～ ）

**被験者負担軽減費に係わる覚書**

順天堂大学医学部附属静岡病院（以下「甲」という）と　　　　　　　　　　　　（以下「乙」という）は、

西暦　　年　　月　　日付けで締結した治験許可№　治-　　　　（治験薬等名称）　　　　　　　　　　　　の治験に係わる被験者負担軽減費に関して、下記の通り覚書を締結する。

記

（支給額）

**第１条**　当該治験における被験者負担軽減費の支給額は、当該治験による来院（又は入退院）１回につき
　　　　　　円、当該治験目的（　　　　　　目的）による入院１日につき　　　　　　円（１入院につき上限　　日分）とする。

（予納額と予納方法）

**第２条**　乙は、当該治験で必要となる被験者負担軽減費として　　　　　　　円（非課税）を甲に予納する。

なお、被験者負担軽減費の予納については、本覚書締結後、乙は、別途「被験者負担軽減費支払書」を作成し、甲に提出の上、甲の指定する次の金融機関口座へ予納する。

ただし、治験の進行状況によって不足が予想される場合は、不足分を算出し、上記と同様の手順で甲に予納するものとする。

名　　義　　順天堂大学医学部附属静岡病院　治験事務局 植松 卓也

口座番号　　スルガ銀行　伊豆長岡支店　普通預金　口座番号２００４５４７

（被験者への支給方法）

**第３条**　甲は、前条で定めた予納額を預り金として管理し、第１条で定めた支給額を、実績に応じて、被験者の指定する金融機関口座へ支払うものとする。

（非給付分の返還）

**第４条**　第２条で定めた予納額の残金については、当該治験終了後、甲は、乙より「被験者負担軽減費非給付分返還依頼書」を受領し、乙の指定する金融機関口座へ返還するものとする。

（協議）

**第５条**　本覚書に定めのない事項、その他疑義を生じた事項については、甲乙協議の上、決定するものとする。

本覚書締結の証として、本書を２通作成し、甲乙記名押印の上、各１通を保有する。

西暦　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （甲） | 静岡県伊豆の国市長岡１１２９番地順天堂大学医学部附属静岡病院院　長　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | （乙） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　印 |