

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No. 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

（乙）

印

印