|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 診療録用 |  | カルテ番号 |  |
| 整理番号 |  |

**識別コード：**

**治験に伴う負担軽減費に関する同意説明文書**

**◇治験にご参加いただく患者さんの負担を減らすために、お支払いする費用について**

治験に参加していただくと、検査や診察などが多くなることで通常の診療よりも来院する回数が増え、負担が増える場合があります。治験参加に伴う負担を軽減するための負担軽減費として7,000円が支払われます。また、治験のために入院が必要な場合には、1回の入退院につき7,000円が支払われます。

具体的には、担当医師の指示などにより必要と認められた治験のための来院または入退院の回数に、7,000円を乗じた金額を、来院日から1ヵ月を超えない期間ごとに計算し、あなたの指定する金融機関（銀行又は信用金庫に限る）の口座に、原則、来院された翌月から3ヵ月以内に病院を通じて振り込まれます。尚、この費用は税法上雑所得となり、年間20万円を超えると確定申告が必要となります。この費用はお受け取りになられても、なられなくてもかまいません。自由な意思で決めてください。

この治験の参加に同意頂き、負担軽減費のお受け取りをお決めになられましたら、以下の同意書に署名し、その日付ならびに振り込み先の金融機関名、口座番号等をご記入下さい。

同　　　意　　　書

川崎医科大学附属病院　病院長　殿

【治験薬コード】

【治験課題名】

【患者さん署名欄】

治験参加に伴う負担軽減費として7,000円を受領することに

　　　　　　　　　　　　　　　　　□同意します（口座を下記にご記入下さい）

　□同意しません（口座のご記入は不要です）

署名日：　　　　年　　月　　日

被験者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（自署）

* **振込み口座**（ご本人名義に限ります）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金　融　機　関 | 銀　行　　　　　　　　　　　　　　　　　支　店  信用金庫　　　　　　　　　　　　　　　　出張所 | | | | | | | | |
| 口　座　種 別 | ・普　　通　　　　　　　　　　　・当　　座 | | | | | | | | |
| 口　座　番　号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ |  | | | | | | | | |
| 口　座　名　義  （本人名義に限る） |  | | | | | | | | |

注）治験担当医師の方は、写しを治験事務局に提出して下さい。

　　２枚複写　（１枚目；診療録用　　２枚目；患者さん用）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者さん用 |  | カルテ番号 |  |
| 整理番号 |  |

**識別コード：**

**治験に伴う負担軽減費に関する同意説明文書**

**◇治験にご参加いただく患者さんの負担を減らすために、お支払いする費用について**

治験に参加していただくと、検査や診察などが多くなることで通常の診療よりも来院する回数が増え、負担が増える場合があります。治験参加に伴う負担を軽減するための負担軽減費として7,000円が支払われます。また、治験のために入院が必要な場合には、1回の入退院につき7,000円が支払われます。

具体的には、担当医師の指示などにより必要と認められた治験のための来院または入退院の回数に、7,000円を乗じた金額を、来院日から1ヵ月を超えない期間ごとに計算し、あなたの指定する金融機関（銀行又は信用金庫に限る）の口座に、原則、来院された翌月から3ヵ月以内に病院を通じて振り込まれます。尚、この費用は税法上雑所得となり、年間20万円を超えると確定申告が必要となります。この費用はお受け取りになられても、なられなくてもかまいません。自由な意思で決めてください。

この治験の参加に同意頂き、負担軽減費のお受け取りをお決めになられましたら、以下の同意書に署名し、その日付ならびに振り込み先の金融機関名、口座番号等をご記入下さい。

同　　　意　　　書

川崎医科大学附属病院　病院長　殿

【治験薬コード】

【治験課題名】

【患者さん署名欄】

治験参加に伴う負担軽減費として7,000円を受領することに

　　　　　　　　　　　　　　　　　□同意します（口座を下記にご記入下さい）

　□同意しません（口座のご記入は不要です）

署名日：　　　　年　　月　　日

被験者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（自署）

* **振込み口座**（ご本人名義に限ります）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金　融　機　関 | 銀　行　　　　　　　　　　　　　　　　　支　店  信用金庫　　　　　　　　　　　　　　　　出張所 | | | | | | | | |
| 口　座　種 別 | ・普　　通　　　　　　　　　　　・当　　座 | | | | | | | | |
| 口　座　番　号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ |  | | | | | | | | |
| 口　座　名　義  （本人名義に限る） |  | | | | | | | | |

　　２枚複写　（１枚目；診療録用　　２枚目；患者さん用）