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、確認のために、通帳表紙やキャッシュカードのコピーなどをご提出いただく場合や、臨床研究コーディネーターが番号を確認させていただく場合があります。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関 | 銀行・信用金庫・農協 | 支店名  もしくは  店番号  ゆうちょ記号 | 店 | | | | | | | |
| 預金種別 | 普通・当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ゆうちょ番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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）   * 振込口座を同意文書内に記載しない場合、必要に応じて使用する（原本のみの作成）。ICFと分けて作成するか、ICFの巻末に綴じ込み、切り離せるように製本する。 |