

治験協力費管理表（治験名：\_\_\_\_\_）

被験者氏名：\_\_\_\_\_

症例割付番号： \_\_\_\_\_ 組 \_\_\_\_\_ 番

I D 番号： \_\_\_\_\_ 仁卍： \_\_\_\_\_

診療科名： \_\_\_\_\_ 科

治験責任(分担) 医師名： \_\_\_\_\_

通院 1 回当たりの支給金額： ￥ 7,000

振込み口座名： \_\_\_\_\_ 銀行 \_\_\_\_\_ 支店

口座番号（普通・当座）： \_\_\_\_\_

口座名義： \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_

	来院日	確認印	振込日	確認印		来院日	確認印	振込日	確認印		来院日	確認印	振込日	確認印
1	/		/		6	/		/		11	/		/	
2	/		/		7	/		/		12	/		/	
3	/		/		8	/		/		13	/		/	
4	/		/		9	/		/		14	/		/	
5	/		/		10	/		/		15	/		/	

治験終了時の治験責任医師（分担医師）確認： \_\_\_\_\_

年 月 日 署名： \_\_\_\_\_ 印