責 任 医 師 用

**同意説明文書**

治験参加に伴う被験者負担軽減費（交通費等）について

カルテ№：

氏名：

（治験依頼者名）：

（治験薬名）：

（治験実施計画書番号）：

（お支払目的）治験に参加していただくと、通常の診療よりも来院回数が増え、ご負担のかかる場合があります。本学では、一般社団法人日本私立医科大学協会のガイドラインに沿い、2000年4月1日以降、治験参加に伴う負担軽減のため、下記の通り負担軽減費をお支払いしています。

この負担軽減費を受け取るか否かは、あなたの自由な意思で決めることができ、受け取りを拒否した場合においても、あなたの不利益になるようなことは一切ございません。

記

（お支払内容）あなたが参加している治験のための来院回数及び、治験のために入院が必要となった場合は、入院を１回の来院とみなし、７千円を乗じた金額を同意書にてご指定いただいた金融機関口座に、原則としてその翌月に振り込みます。（ただし、治験参加前から入院されている場合は、お支払いの対象にはなりません。）なお、負担軽減費は「雑所得」となり、年間20万円を超える雑所得については申告が必要になります。また、生活保護を受けている方は負担軽減費が収入と見なされ、生活保護費が減額される可能性がありますので、受け取り金額の上限を指定することもできます。

意思決定の上、以下の同意書をご記入下さい。

以上

同　意　書

治験参加に伴う負担軽減費について、十分な説明を受け、理解した上で、自由意思により以下の通り

同意いたします。

負担軽減費を　　□受け取ります　　□受け取りません　　□月　　　　　　円まで受け取ります

被験者本人　同意日：(西暦)　　　　　年　　 月 　　日　署名

代諾者　　　同意日：（西暦）　　　　 年　　 月 　　日　署名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本人との続柄

振込み先金融機関名等（太枠内をご記入ください）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関ｺｰﾄﾞ |  |  |  |  | 支店ｺｰﾄﾞ |  |  |  | 口　座　番　号 | | | | | | | |
| 金融機関 | 銀行・農協　　　　　　　本店  信金・信組　　　　　　　支店  その他　　　　　　　　出張所 | | | | | | | | 1.普通  2.当座 |  |  |  |  |  |  |  |
| 郵便局  (ゆうちょ銀行) | 記号-番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義 |  | | | | | | | | | | | | | | | |

説明日：（西暦）　　　　　　年　　　月　　　日

説明者：治験責任医師、治験分担医師又は治験協力者の署名

（2017.8.22改訂）