

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

（治験依頼者名）：
 （治験薬名）：
 （治験実施計画書番号）：

カルテNo.：
 氏名：

（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）

金融機関コード	支店コード	口座番号							
金融機関	銀行・農協 信金・信組 その他	本店 支店 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）