

整理番号	
区分	<input type="checkbox"/> 治験 <input type="checkbox"/> 製造販売後臨床試験
	<input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器

治験協力費に関する覚書

社会福祉法人^{恩賜財団}済生会支部 埼玉県済生会川口総合病院（以下、甲という）と _____
 _____（以下、乙という）とは、甲乙間で西暦 年 月 日に締結した下記被験薬の
 臨床試験（以下、本治験という）において、以下の内容について合意の証しとして次のとおり覚書を締
 結する。

記

- (1) 被験薬の化学名又は識別記号 _____
 (2) 治験課題名 _____

合意事項：甲と乙は、治験協力費としての現金の納入ならびにその取り扱いについて以下の各項に合意
 する。

1. 甲は、被験者への治験協力費として、本治験のための来院毎に 1 回 _____ 円を当該被験者
 へ支給するものとする。治験期間中に入院する場合は、1 回の入院につき _____ 円を支
 給するものとする。
2. 乙は、上記の治験協力費支給に必要な現金および振込手数料として 1 件当たり 500 円を、甲から
 の請求書に基づき、請求書受領日から 45 日以内に甲へ納入するものとする。
3. 甲は、治験協力費支給に当たり、その出納を記録するものとする。
4. 甲は、乙より治験協力費出納記録の確認について要請があった場合、これに応じるものとする。

本覚書の成立を証するため、本書 2 通を作成し、甲、乙記名捺印の上各 1 通を保管する。

西暦 年 月 日

甲 （所在地） 埼玉県川口市西川口 5 - 1 1 - 5
 （名 称） 社会福祉法人^{恩賜財団}済生会支部
 埼玉県済生会川口総合病院
 （代表者） 病院長 佐藤 雅彦 印

乙 （所在地）
 （名 称）
 （代表者） 印