西暦　　　　年　　月　　日

**治験負担軽減費振込依頼書**

独立行政法人国立病院機構鳥取医療センター

院長　殿

治験実施計画書番号：

治験課題名：

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ました。

受領する負担軽減費は、下記の口座への振込を希望します。

（被験者本人）〒

住所

署名

連絡先(電話番号)

（代諾者）　 〒

住所

署名

連絡先(電話番号)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関 | 銀　　行  　　　　　　　信用金庫  　　　　　　　農　　協 | 支　店 | 店 | | | | | | |
| 預金種別 | 普　通　　・　　当　座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義 | フリガナ | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |

治験負担軽減費振込先