

経 由	確認印
治験事務局	

年 月 日

新潟県立がんセンター新潟病院
経 営 課 殿

治験担当医師

診療科 _____ 科

_____ 印

臨床試験における
被験者への治験協力費支払い申請書本院において実施しております
課題名：

下記被験者について、被験者への治験協力費の支払いを申請します。

記

被験者名：_____

ID番号：

支払額： 7,000 × 回 = 0 円