

【記入例】

(書式T-17)

負担軽減費振込依頼書

自治医科大学附属病院 病院長 殿

※患者さんが記入する必要はありません

※内は治験責任（分担）医師が記入してください。

治験の参加に伴う負担軽減費の振り込み先をお知らせします。つきましては下記の口座に振り込みをお願いします。

- ・患者さんご本人の口座に振り込む場合

〒 123-4567

住所：下野市薬師寺123-456 電話0123(45)6789

フリガナ ジチ タロウ

氏名：自治 太郎

- ・患者さんご本人の口座以外に振り込む場合

〒 -

住所： 電話 ()

フリガナ

氏名： 口座名義人と患者さんとの続柄：

フリガナ	マルバツサンカク				マルシカク						
金融機関名	○×△ 銀行 信用組合 信用金庫・農協 (いずれかに○を付けてください)				○□ 支店・出張所 (いずれかに○を付けてください)						
金融機関コード				支店コード	1	2	3				
預金種目	1 普通・2当座 (いずれかに○を付けてください)		口座番号 (右づめでご記入ください)		9	8	7	6	5	4	3
フリガナ	ジチ タロウ										
口座名義	自治 太郎										