西暦　　　　年　　月　　日

負担軽減費の振込依頼書

自治医科大学附属病院 病院長　殿

|  |
| --- |
|  |
|  | 被験薬の化学名又は識別記号科　　 名整 理 番 号 |  |  |
|  |  |
| 患者さんのお名前 |  様 |
|  |  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **※** |  | **内は治験責任（分担）医師が記入してください。** |

 下記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

　　　　〒　　　－

　　　住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　( )

　　　ﾌﾘｶﾞﾅ

　　　氏名：

 ・患者さんご本人の口座以外に振り込む場合

　　　　〒　　　－

　　　住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　( )

　　　ﾌﾘｶﾞﾅ

　　　氏名： 　 口座名義人と患者さんとの続柄：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  　ﾌﾘｶﾞﾅ |  |  |
|  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） |
| 金融機関ｺｰﾄﾞ |  |  |  |  |  支店ｺｰﾄﾞ |  |  |  |  |
| 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） |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  ﾌﾘｶﾞﾅ |  |  |
|  口座名義 |  |