**受託研究に係る経費負担申出書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　　　年　　月　　日

　札幌医科大学附属病院長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　（治験依頼者）名　称　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

　下記記載の受託研究について、約定経費とは別に次のとおり経費負担したいので、申し出ます。

記

１　受託研究契約の概要

 (1)　治験課題名：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 西暦 |  | 年 |  | 月 |  | 日～西暦 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |

 (2)　契約期間：

２　経費負担の内容

　　治験契約書第11条第１項に規定する保険外併用療養費の支給対象とならない経費「支給対象外経費」とは別に、次のとおり負担する。

(1)　負担内容

(2)　納入方法

　　　負担経費は治験契約書第11条の規定により納入する。

３　経費負担の理由（治験の適正な実施上やむを得ない事情等を具体的に記載のこと。）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属 |  | 氏名 |  | 印 |

　■治験責任医師 確認済

　■臨床研究審査委員会承認年月日　西暦　　　年　　月　　日（承認後事務局記載）

注１　負担内容の記載に当たっては、別に締結する覚書に原則申出どおり記載されることに留意すること。