

## 被験者別治験協力費支払簿（入院）

|         |   |           |          |
|---------|---|-----------|----------|
| 治験登録番号  | — | 被験者名      |          |
| 治験コード名  |   | I D N o . |          |
| 治験依頼者名  |   | 参加同意日     | 平成 年 月 日 |
| 治験担当医師名 | 科 | 請求時コード    |          |

＜治療に係る入院日数＞

[illegible]