

作成上の注意

令和 年 月 日

近畿大学病院
病院長 殿

依頼者 (担当者)

印

研究費に関する通知

下記治験に関する標記経費が確定いたしましたので通知いたします。

記

近大整理番号 第 号

(治験課題名)

ポイント表Aにて、
病理診断科 (4ポイント/例:要素L)
病理学 (1ポイント/例:要素L)
放射線診断科 (ポイント表A要素K)

が算定されている場合は、
実施実績にかかわらず、
申請科と同じ例数でそれぞれ算出ください。

研究費

実施症例数 例
経費 円 【ポイント数 () × 6,000円 × 例】

○内訳: 申請科 円

放射線診断科	円
病理診断科	円
病理学	円
その他	円

観察期中止脱落症例数 例
経費 円 【50,000円 × 例】

以上

令和 年 月 日

近畿大学病院
病院長 殿

依頼者（担当者）

印

研究費に関する通知

下記治験に関する標記経費が確定いたしましたので通知いたします。

記

近大整理番号 第 号

（治験課題名）

研究費

実施症例数	例
経費	円 【ポイント数（ ） × <u>6,000円</u> × 例】
○内訳：申請科	円
放射線診断科	円
病理診断科	円
病理学	円
その他	円

観察期中止脱落症例数	例
経費	円 【50,000円 × 例】

以上

令和 年 月 日

近畿大学病院
病院長 殿

依頼者（担当者）

印

被験者負担軽減費に関する通知

下記治験に関する標記経費が確定いたしましたので通知いたします。

記

近大整理番号 第 号

（治験課題名）

被験者負担軽減費（期間： 年 月 日 ～ 年 月 日）

支払回数 回
支払総計 円 【1回10,000円 × 回】

以上

令和 年 月 日

近畿大学病院
病院長 殿

依頼者（担当者）

印

外注検査費に関する通知

下記治験に関する標記経費が確定いたしましたので通知いたします。

記

近大整理番号 第 号

（治験課題名）

外注検査費（期間： 年 月 日 ～ 年 月 日）

支払総計 円 【1回2,500円 × 回】

以上