

病理標本に関するポイント設定確認書（標本作成）

近大整理 No :	治験実施計画書番号 :
治験薬名 :	
治験課題名 :	
治験依頼者 :	

以下の項目に準じて合計ポイント数及び金額を算出する。

下記の各ポイントは、治験実施計画書記載に基づく判断とする（「可能な限り」という記載は完全実施と同等に扱う）。ただし、明記されていない場合は、現状に即して判断する。

1. 標本作成ポイント

4 ポイント

1 ポイント _____ 円(基本は 6000 円)で 1 被験者あたり _____ 円として、登録された被験者数分の合計金額を病院病理部に支払うこととすることに合意いたします。

治験責任医師署名

年 月 日 所属 : _____

氏名 : _____ 印

病院病理部

年 月 日 氏名 宍戸 由紀子 印

病理標本に関するポイント設定確認書（診断）

近大整理 No :	治験実施計画書番号 :
治験薬名 :	
治験課題名 :	
治験依頼者 :	

以下の項目に準じて合計ポイント数及び金額を算出する。

下記の各ポイントは、治験実施計画書記載に基づく判断とする（「可能な限り」という記載は完全実施と同等に扱う）。ただし、明記されていない場合は、現状に即して判断する。

1. 病理診断ポイント

1 ポイント

1 ポイント _____ 円(基本は 6000 円)で 1 被験者あたり _____ 円として、登録された被験者数分の合計金額を（☐病理学教室、☐ 病院病理部）に支払うこととすることに合意いたします。

治験責任医師署名

年 月 日

所属 : _____

氏名 : _____ 印

☐ 病理学教室

☐ 病院病理部

年 月 日

氏名 _____ 印