**治験参加に伴う交通費等の負担軽減に関する覚書**

（治験受託者）関西医科大学総合医療センター（以下、「甲」という）と（治験委託者）　　　　　　　　　　 （以下、「乙」という）は、甲、乙間において西暦　　　 年　　　月　　　日付で締結した、

治験薬名：　　　　　　　　 の治験（以下、「本治験」という）に関する治験実施契約書に基づき、下記のとおり被験者の治験参加に伴う交通費等の負担軽減のための費用（以下、「負担軽減費」という）に関する覚書（以下、「本覚書」という）を締結する。

記

1. 整理番号：
2. 治験課題名：

１　被験者への負担軽減費提供金額として、被験者1名につき、1回あたり7,000円を支払うものとする。原則として外来の場合、本治験の治験実施計画書で定めた来院観察日毎に算定し、入院の場合は入退院毎に算定するものとする。

２　被験者への負担軽減費の支払いは、治験実施計画書に規定するスクリーニング検査を含む観察から治験実施計画書で規定された最終観察日（有害事象の追跡調査が必要となった場合には、その最終観察日）までを支給対象期間と定めるものとする。

３　甲は、被験者に対し第１項及び第２項で定めた算定基準に基づき負担軽減費を算定し、被験者の指定する金融機関の口座へ月毎に翌月末までにまとめて振り込むものとする。

４　甲は、負担軽減費に係る費用を出来高払いとし、被験者来院の翌月に当該費用（不課税）算定の上、乙に請求する。

５　乙は、甲の請求内容を確認の上、当該費用を甲の指定する銀行口座に請求書発行後２ヶ月以内に支払うものとする。なお、乙は、甲に請求内容の説明を求めることができる。

本覚書締結の証として、本書を2通作成し、甲乙それぞれ記名押印の上、各自その1通を保有する。

西暦 年　　　月　　　日

甲（治験受託者）　大阪府守口市文園町10番15号

関西医科大学総合医療センター

病院長　　杉浦　哲朗　　　 　　印

乙（治験委託者）

　 印