

様式3

## 治験に係る費用支出申請書

平成 年 月 日

病 院 長 殿

治験責任医師名 \_\_\_\_\_ 印

整理番号 \_\_\_\_\_

治験課題名 \_\_\_\_\_

標記の治験に係る支出として、下記のとおり申請いたします。

### 記

#### 1 当該治験に必要な理由

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2 概算額 \_\_\_\_\_ 円

(内訳等)

注) 1. 本様式は、物品購入伺、謝金支出伺及び出張伺等に添付して提出すること。  
2 治験協力者等に係る支出についても、治験責任医師が提出すること。