**負担軽減費振込依頼書/辞退書**

研究課題名：

受託番号：

上記の治験への参加に伴う負担軽減費について、説明文書に基づき十分な説明を受け、理解しましたので、負担軽減費を

* 辞退します。
* 受領します。

つきましては、負担軽減費の受領については、下記の口座への振り込みを希望します。

希望振込口座（被験者ご本人の口座を記載してください。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | | | | | | | | | | | |
| 支　店　名 | 支店 | | | | | | | | | | | |
| 口 座 番 号 | １普通　 ２当座　３その他（　　　　） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| （ふりがな） |  | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | | | | | | | | |

(注意)　ゆうちょ銀行の場合は支店名欄に記号と番号を記載してください。

＊ 負担軽減費の振込みは来院された月の翌月または翌々月にまとめて振り込まれます。

＊ 金融機関口座の情報は、負担軽減費の支払いの目的にのみ使用いたします。

＊ 負担軽減費に関する書類は当院の病院名が入った封筒にて送付⇒　□可　□不可

愛知県がんセンター病院長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　（被験者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名（署名）

|  |
| --- |
|  |