あなたの負担を減らすためにお支払いする費用について

治験依頼者：

治験課題名：

治験実施計画書番号：

私は負担軽減費のための経費の受け取りを

|  |
| --- |
| （注：どちらかにチェックしてください）* 希望します　　　希望する振込口座は、下記のとおりです。
* 希望しません
 |

【希望振込口座】（どちらかにご記入ください）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※銀行等金融機関名 |  | 支店 |
| 振込口座 | 預金種目 | １．普通　２．当座 | 口座番号 |  |
| （フリガナ） |  |
| 名義 |  |
| ※ゆうちょ銀行振込口座 | 記号 | 番号 |
|  |  |  |  |  | ─ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| （フリガナ） |  |
| 名義 |  |

※患者さんと振込口座名義が異なる場合は、下記署名欄の下に患者さん本人のIDと　　氏名をご記入ください。

地方独立行政法人大阪府立病院機構

大阪はびきの医療センター　院長　殿

西暦　　　　　年　　　　月　　　　日

氏名（署名）：

患者さんID・氏名：