

# 治験負担軽減費振込依頼書

独立行政法人国立病院機構沖縄病院  
病 院 長 川畑 勉 殿

治験コード名   ：   〇〇〇-〇〇〇

治験課題名       ：

治験参加に伴う交通費等の負担軽減について、十分な説明を受け理解いたしました。  
受給する負担軽減費は、下記の口座に振り込んでいただくようお願いいたします。

（ご本人）   〒                   —

住   所

署名または記名押印

印

連絡先（電話番号）

（代理人）   〒                   —

住   所

署   名

連絡先（電話番号）

## 振込口座

（銀行、信用金庫、農協を使用できます。）

金融機関	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 支所
預金種別	普通	当座
口座名義	ふりがな 氏   名	
口座番号		

## 治験負担軽減費振込依頼書

独立行政法人国立病院機構沖縄病院  
病 院 長 川 畑 勉 殿

治験コード名 : ○○○-○○○

治験課題名 :

治験参加に伴う交通費等の負担軽減について、十分な説明を受け理解いたしました。

受給する負担軽減費は、下記の口座に振り込んでいただくようお願いいたします。

(ご本人)      〒                      ー

住所

署名または記名押印

連絡先（電話番号）

(代理人) ㄟ 一

住所

姓名

連絡先（電話番号）

振込口座

(銀行、信用金庫、農協を使用できます。)

金融機関	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 支所
預金種別	普通	当座
□座名義	ふりがな 氏 名	
□座番号		

治験負担軽減費振込依頼書

独立行政法人国立病院機構沖縄病院  
病 院 長 川畑 勉 殿

治験コード名   ：   〇〇〇-〇〇〇

治験課題名       ：

治験参加に伴う交通費等の負担軽減について、十分な説明を受け理解いたしました。  
受給する負担軽減費は、下記の口座に振り込んでいただくようお願いいたします。

（ご本人）   〒                   —

住   所

署名または記名押印

印

連絡先（電話番号）

（代理人）   〒                   —

住   所

署   名

連絡先（電話番号）

振込口座

（銀行、信用金庫、農協を使用できます。）

金融機関	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 支所
預金種別	普通	当座
口座名義	ふりがな 氏   名	
口座番号		