西暦　　年　　月　　日

被験者負担軽減経費に係る研究費の不足について

千葉大学医学部附属病院長　殿

委託者

住所

名称

代表者　　印

　　　年　　月　　日付締結した下記医薬品等の臨床受託研究について被験者負担軽減経費に係る研究費に不足が生じたことを確認しましたので御連絡致します。

なお、本不足につきましては委託者負担とさせて頂きます。

記

試験課題名

（被験者負担軽減経費に係る研究費の不足）

１来院あたり　　　　：　　　　　回

入院加算分１回あたり：　　　　　回

不足金額　　　　　　　円（消費税別）

〈受入番号：　　　　　　〉