200〇年度　　←西暦で記載して下さい。

1　医薬品の臨床試験に係る経費内訳

研究課題　：　〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

依頼者名　：　〇〇〇〇〇〇〇〇〇

治験責任医師：　〇〇〇〇〇〇

旅費や目的地および回数は、責任医師とよく話し合って決められて下さい。

事　　項	算　出　基　準	金　　額
(1) 謝金	記入しないで下さい。	記入しないで下さい。
(2) 旅費	（例）東京１泊２日　３回	記入しないで下さい。
(3) 臨床試験研究費	①別紙１のA～P及びSのポイント数×6,000円×症例数 〇〇×6,000円×　〇〇　例 ②別紙１のQ及びRのポイント数×6,000円 〇〇×6,000円	〇〇〇〇〇
(4) 治験薬管理費	別紙２の　ポイント数×1,000円×症例数 〇〇×1,000円×　〇〇　例	〇〇〇〇〇
(5) 備品	備品が生じる場合は、別途ご連絡下さい。	記入しないで下さい。
(6) 人件費	｛（３）＋（４）｝×　％＝（百円未満四捨五入）	記入しないで下さい。
(7) 委託料	記入しないで下さい。	記入しないで下さい。
(8) 被験者負担の軽減	定額×来院回数×症例数 7,000円×　〇〇　回×　〇〇例	〇〇〇〇〇
小計 (1)～(８)	記入しないで下さい。	記入しないで下さい。
(9) 事務費	上記経費 (1)～(8)の１０％ 円×0.1	記入しないで下さい。
小計 (1)～(９)		記入しないで下さい。
(10) 管理費	上記経費 (1)～(9)の３０％ 円×0.3	記入しないで下さい。
小計 (1)～(10)		記入しないで下さい。
(11) 消費税	上記経費 (1)～(10)の５％ 円×0.05	記入しないで下さい。
合計 (1)～(11)		記入しないで下さい。

治験期間　〇〇年　〇〇月　～　〇〇年　〇〇月　←西暦で記載して下さい。

治験責任医師名　　〇〇〇〇　印