西暦　　　年　　月　　日

**健康被害補償に関する同意書**

治験依頼者

　（名称）　　　　　殿

下記の治験実施中に起こった健康被害に対し、　　　　年　　　月　　日付「健康被害補償に関する報告書」をもって報告された補償内容に同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被験薬の化学名  又は識別記号 |  | 治験実施計画書番号 |  |
| 治験課題名 |  | | |

□また補償を受けるため、以下の情報を提供します。※必要時

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被験者の医療保険等の種類 | | | 健保・国保・その他（ ） | | | 本人・家族 | |
| 振込先 | □ 銀行等の  　　金融機関  □ 郵便局 □ その他の金融機関 | 金融機関名 |  | 支店名 |  | 口座種類 | 普通  ・  当座 |
| 口座番号 |  | 口座名義 | フリガナ | | |
|  | | |

【補償申請者】

同意日　　：　西暦　　　　年　　　月　　　日　　　署名：

【確認者（責任医師）】

同意確認日：　西暦　　　　年　　　月　　　日　　　署名：