西暦　　　年　　月　　日

**健康被害補償に関する報告書**

補償申請者

（氏名）　　　　　　　　殿

治験責任医師

（氏名）　　　　　　　　殿

治験依頼者

　（名称）

（代表者）

　　　年　　月　　日付の健康被害補償の申請について、下記のとおり補償内容を報告します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 被験者識別コード |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 補償内容 | □初回　　　　□その他 |
| 今後の対応に  ついて |  |
| 担当者  連絡先 |  |