**補償に係る疑義事項について**

西暦　　年　　月　　日

治験責任医師/請求者もしくは治験依頼者

（氏名　又は　名称）　　　　　　　殿

治験責任医師/請求者もしくは治験依頼者

（氏名　又は　名称）

下記治験実施中に補償の申し出があった事例について、下記のとおり疑義事項がありますのでご連絡いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |
| 事象名 |  |

|  |
| --- |
| 質問事項 |
|  |
|  |
|  |

**補償に係る疑義事項への回答**

西暦　　年　　月　　日

治験責任医師/請求者もしくは治験依頼者

（氏名　又は　名称）　　　　　　　殿

治験責任医師/請求者もしくは治験依頼者

（氏名　又は　名称）

年　　月　　日にいただいた疑義事項について、下記のとおり回答します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |
| 事象名 |  |

|  |
| --- |
| 回答 |
|  |
|  |
|  |