

## 被験者来院表（治験用）

(B5判3枚複写をお願いします) 赤字のところは消して下さい

来院日	20 年 月 日
被験者氏名	様
治験名（又は薬品名）	
診療科	科
治験責任医師	
被験者署名	

\* 被験者の負担軽減費措置の支払いに必要ですので、必ずご記入下さい。

# 被験者来院表（治験用）

来院日	20 年 月 日
被験者氏名	様
治験名（又は薬品名）	
診療科	科
治験責任医師	
被験者署名	

\*被験者の負担軽減費措置の支払いに必要ですので、必ずご記入下さい。

日本医科大学武蔵小杉病院

（治験管理事務局用）

## 被験者来院表（治験用）

来院日	20 年 月 日
被験者氏名	様
治験名（又は薬品名）	
診療科	科
治験責任医師	
被験者署名	

\* 被験者の負担軽減費措置の支払いに必要ですので、必ずご記入下さい。