西暦 年 月 日

**治 験 薬 　　　　　　 振 込 依 頼 書**

琉球大学病院

経営管理課　担当者 様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　治験参加者

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 現住所　： |   |

琉球大学病院より支払われるべき負担軽減費について、下記への振込を依頼いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| １．振込金融機関名 |  銀行　　　　　 　　　　　　　　　　　本店　　　　　　　　　　　農協　　　　　　　　　　　　　　　　　支店 |
| ２． |  □普通預金 □当座預金 |
|  フ　リ　ガ　ナ３．預金口座名義人 |  |
| ４．預金口座番号 |  |

（注）

１．現住所を含め、記入事項に変更を生じた場合は、改めて振込依頼書を提出して下さい。

２．預金口座名義は、基本的に振込依頼書本人の口座でなければ振込できません。被験者が小児などで預金口座をお持ちでない場合に限り、親権者の方などの預金口座を指定できますので、その旨をお申し出ください。

３．記入事項に誤字がありますと振込不可能となりますので、正確に記入願います。

西暦 年 月 日

**治 験 薬 　　　　　　 振 込 依 頼 書**

琉球大学病院

経営管理課 担当者 様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　治験参加者

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 現住所　： |   |

琉球大学病院より支払われるべき負担軽減費について、下記への振込を依頼いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| １．振込金融機関名 |  銀行　　　　　 　　　　　　　　　　　本店　　　　　　　　　　　農協　　　　　　　　　　　　　　　　　支店 |
| ２． |  □普通預金 □当座預金 |
|  フ　リ　ガ　ナ３．預金口座名義人 |  |
| ４．預金口座番号 |  |

（注）

１．現住所を含め、記入事項に変更を生じた場合は、改めて振込依頼書を提出して下さい。

２．預金口座名義は、基本的に振込依頼書本人の口座でなければ振込できません。被験者が小児などで預金口座をお持ちでない場合に限り、親権者の方などの預金口座を指定できますので、その旨をお申し出ください。

３．記入事項に誤字がありますと振込不可能となりますので、正確に記入願います。