2023年 ●月 ●日

**観察期脱落症例費用に関する資料**

　　　　　治験依頼者

住 所：

名 称：

治験課題名：

治験実施計画書番号：

本治験において投与に至らずにスクリーニング期間中に脱落した症例費用（脱落症例費用）について、1症例あたり50,000円 + 消費税とし、治験依頼者が医療機関に対して発生時に実績に応じて支払うこととする。

以上