西暦　　　年　　月　　日

補償体制の概要について説明した文書

国立大学法人

東京医科歯科大学医学部附属病院

病院長　殿

治験依頼者

所在地：

会社名：

代表者：　　　　　　　　　　　　　　　　印

（押印必須）

被験薬の化学名又は識別記号：

治験課題名：

治験実施計画書番号：

上記治験における被験者の健康被害の補償は、下記のとおりです。

記

１．最新の補償手順書

　・

２．付保証明の有効期間

　　西暦　　　　年　　月　　日　～　西暦　　　年　　月　　日

３．付保証明の継続担保

補償保険は、上記有効期間にかかわらず治験実施期間中継続して加入することを保証します。

　　なお、本文を担保とし、更新時の付保証明（写）の提出は省略いたします。

４．補償手順のフローチャート

被験者　　　　　　　　　　実施医療施設　　　　　　　　　依頼者

　　 健康被害の発生

補償の受け取り