20xx年　xx月　xx日

**被験者の健康被害に対する補償に関して**

実施医療機関の長

国立健康危機管理研究機構国立国際医療センター　院長　殿

治験依頼者

△△株式会社

代表取締役社長　□□　□□

貴施設にて実施予定の下記治験に関連して，被験者に生じた健康被害の補償に対処するため、弊社は「保険名称」に加入する等の措置を講じていることを証し、保険期間は治験期間に合わせて適宜更新致します。なお、本治験の補償の概要については、被験者に提供する「被験者用補償資料名」をご参照ください。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 治験課題名 |  |
| 治験実施計画書番号 |  |
| 被験薬の化学名  又は識別記号 |  |
| 治験依頼者 |  |

添付資料

・「医療機関用補償資料名」（20xx年xx月xx日）

・「付保証明書」（20xx年xx月xx日）

以上