　　西暦 20xx年xx月xx日

**被験者の健康被害に対する補償に関して**

国立研究開発法人国立国際医療研究センター（病院） 理事長　殿

治験依頼者

住所：

名称：

代表者：

記

貴施設にて実施予定の「治験課題名」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。

添付資料： 「付保証明書」（xxxx年xx月xx日）

以上