

# の治験に参加していただける方を募集しています

(診療科：×××科)

募集期間： . . . . . ~ . . . . .

\_\_\_\_\_は患者さんでもわかる範囲として下さい。

## この治験に参加していただける方(例)

- ・定期的に2週間毎に来院できる方
- ・20歳以上の方

## この治験に参加していただけない方(例)

- ・薬物過敏症の既往歴を有する方
- ・妊娠中の方、授乳中の方

参加基準に合わない場合、あるいは予定の人数に達した場合には治験に参加いただけない場合がございますので、予めご了承下さい。

治験中は患者さんのご負担を少しでも少なくするために「負担軽減費」が支払われます(ただし、初診料・再診料等は必要です。)

ご興味のある方、ご協力いただける方は下記までお気軽にお問い合わせ下さい。

<お問い合わせ先>

治験相談コーナー(薬剤部窓口) TEL.0836-22-2668

ポスターの大きさはA3サイズとして下さい。病名の説明、ポスター内のイラストは自由とします。ただし、<お問い合わせ先>は治験によって異なります。