**临床试验受试者补助申请单**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称+编号 |  | | | |
| 受试者姓名 |  | | 筛选号 |  |
| 身份证号码 |  | | 联系电话 |  |
| 受试者银行卡号/存折  及开户行 | | 账户号：  开户支行： | | |
| 访视周期 | 类 别 | | 金 额（元） | 受试者签名（或手印）确认及时间 |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
| 受试者补助费用共计（元） | | | 合计费用 |  |
| 注意事项：请于此表后提供1.本临床试验协议封面复印件及涉及受试者费用款项页复印件（同一试验项目仅提供一份即可）2.本临床试验协议中试验款打款凭证电子版发给江孟晴3.受试者身份证复印件及银行卡复印件4.若提供受试者家属银行卡/存折号，请提供受试者家属身份证复印件及银行卡复印件及相关关系证明材料5.若试验协议规定相关补助实报实销，请附相关发票（原件），及能体现计算公式的报销费用明细。 | | | | |
| 专业组研究者复核意见 | 我已核对以上受试者补助费用真实无误。  签名：  日期： 年 月 日 | | | |