**临床试验项目受试者费发放明细**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 方案名称及方案编号 |  | | | | | |
| 申办方简称 |  | 主要研究者 | |  | 项目编号 |  |
| 经费类型 | □交通误餐补助 □采血补助 □住宿补助 □背景药费 □检验检查费 | | | | | |
| 受试者姓名 | 访视窗 | | 金额/访视或检查 | 次数 | 合计金额 | 受试者确认 |
|  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |
| 本人已确认：   1. 受试者费发放明细与临床试验协议、知情同意书描述一致 2. 受试者申请的金额与受试者实际访视情况吻合。   项目组长签名：  年 月 日 | | | | | | |

备注：1、可随时申请受试者补助，每人每月不得超过800元，每次申请合计不得超过1万元。

2、本表一式两份，项目组保留一份，上交财务一份。