|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称及编号 | |  | | | | | | |
| 申办方/CRO | |  | | | | | | |
| 承担科室 | |  | | 主要研究者 | | |  | |
| 首例入组时间 | |  | | 末例出组时间 | | |  | |
| 项目完成情况 | | 合同80例，筛选82例，入组80例，完成79例，脱落1例 | | | | | | |
| 本科室进行的检验检查、治疗及药品、耗材使用情况  （免费检查系统之外） | | | | | | | | |
| 序号 | 检查/耗材等 | | 次数/数量 | | | 单价（元） | | 总金额 |
| 1 |  | |  | | |  | |  |
| 2 |  | |  | | |  | |  |
| 3 |  | |  | | |  | |  |
| 4 |  | |  | | |  | |  |
| 5 |  | |  | | |  | |  |
| 6 |  | |  | | |  | |  |
| 7 |  | |  | | |  | |  |
| 8 |  | |  | | |  | |  |
| 9 |  | |  | | |  | |  |
| 10 |  | |  | | |  | |  |
| 合计 | | | | | | | |  |
| 科室护士长确认签字 | | | | | CRA确认签字 | | | |
| 姓名：  联系方式：  签名：  日期： | | | | | 姓名：  联系方式：  签名：  日期： | | | |

药物临床试验项目科室结算确认表