**临床试验受试者补贴费申请表**

项目名称：

申办单位： 科室：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 编号 | 受试者  姓名 | 联系方式 | 身份证号码 | 银行卡号 | 开户行 | 补贴金额  （元） | 访视次数 | 受试者  签名 | 日期 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **合计金额（大写）** | | | **人民币贰佰元整（示例）** | | **合计金额（小写）** | | **200.00元****（示例）** | | |
| 主要研究者签字 | | |  | | 日期 | |  | | |
| 经办人签字 | | |  | | 日期 | |  | | |
| 机构办主任签字 | | |  | | 日期 | |  | | |
| 机构主任签字 | | |  | | 日期 | |  | | |

v1.0