**附件3**

**药物临床试验经费明细表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | |  | 负责专业 | |  | 药研经费编号 |  |
| 应付经费 | | | | | | | |
| 病例观察费（元/例） | 完成病例： | | | 元/例× 例＝ 元 | | | |
| 未完成病例：  （包括脱落和筛选失败） | | | 元/例× 例＝ 元 | | | |
| 组织管理费 |  | | | 受试者补贴费 | |  | |
| CRC服务费 |  | | | 检查费 | |  | |
| 质量控制费 |  | | | 药品管理员费 | |  | |
| 其他费用 |  | | | | | | |
| 应付费用合计 |  | | | | | | |
| 到账经费 | | | | | | | |
| 发票日期 | 汇款单位名称 | | | 金额 | | 发票号 | |
|  |  | | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |
|  |  | | |  | |  | |
| 到账经费合计 |  | | | | | | |
| **有无退的化验单： 监查员电话： PI或研究者邮箱：** | | | | | | | |
| 项目负责人  （确认病例完成情况） | 签名： | | | 机构办  （确认经费到账情况） | | 盖章： | |