**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_临床试验受试者补贴领取表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **身份证号码** | **银行卡号** | **开户行** | **电话** | **已访视****次数** | **补贴（元）** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 补贴合计（大写）： （小写）¥： |

|  |
| --- |
| 说明：1、由于审计要求，财务处打卡支付，不能现金领取。 2、财务处打卡支付后，科室经办人可通知受试者注意查收。 3、根据实际随访次数填表。 |

制表日期： 制表人（签字）： 专业负责人（签字）：

机构办主任审核（签字）：