**临床试验受试者补助申请单**

项目编号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | | | | |
| 受试者姓名 |  | | | 入组编号 |  |
| 身份证号码 |  | | | 联系电话 |  |
| 受试者银行卡号/存折  及开户行 | |  | | | |
| 访视周期 | 类 别 | | 金 额（元） | | 备 注 |
| 筛选期 | 交通费补贴 | |  | |  |
| 住宿费补贴 | |  | |  |
| 其他 | |  | |  |
| C1访视期 | 交通费补贴 | |  | |  |
| 住宿费补贴 | |  | |  |
| 其他 | |  | |  |
| ... | .... | |  | |  |
| 受试者补助费用共计（元） | | |  | |  |
| 受试者签名（或手印）： 日期： 年 月 日 | | | | | |
| 注意事项：请于此表后提供1.本临床试验协议封面复印件及涉及受试者费用款项页复印件（同一试验项目仅提供一份即可）2.受试者身份证复印件3.若提供受试者家属银行卡/存折号，请提供受试者家属身份证复印件4.若试验协议规定相关补助实报实销，请附相关发票（或发票复印件），及能体现计算公式的报销费用明细说明。 | | | | | |
| 专业组研究者复核意见 | 我已核对以上受试者补助费用真实无误，请项目负责人批准。  签名： 日期： 年 月 日 | | | | |