**临床试验经费核算表**

|  |  |
| --- | --- |
| 临床试验项目名称： |  |
| 申办者 |  |
| 项目编号： |  | 专业科室： |  |
| 费用明细 | 单价 | 数量 | 共计 | 专业科室 | 机构 | 辅助科室 | 医院 | 其他（备注） |
| 病例观察费 | 完成方案 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 脱落病例 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 受试者检验检测费 | 完成方案 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 脱落病例 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 机构管理费 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 其他研究人员经费 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 共计 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 我已核对以上费用，同意支付。 |
| 研究负责人 |  | 日期 |  |
| 专业科室负责人 |  | 日期 |  |
| 机构秘书 |  | 日期 |  |
| 机构办公室主任 |  | 日期 |  |