**南方医科大学第五附属医院药物临床试验费用记账报销申请表**

**医院收费处：**

**现有患者 ，性别 ，ID号 ，广州医保□是□否**

**于 年 月 日签署知情同意书，参加 科负责的“XXX临床试验项目（第X次访视）”，申办方为： 公司，按照临床试验协议，患者下列检查费用由临床试验申办方提供，于每月月底由医院药物临床试验机构划拨至收费处，具体费用如下：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **项目名称** | **单价** | **次数** | **金额** |
| 肝功能（具体项目） |  |  |  |
| 肾功能（具体项目） |  |  |  |
| 电解质（具体项目） |  |  |  |
| 凝血纤溶系统检查 |  |  |  |
| 血气分析（具体项目） |  |  |  |
| …… |  |  |  |
| 合计 | | |  |

**研究者：**

**日期：**

**（药物临床试验机构盖章）**