|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **中山醫學大學附設醫院 臨床試驗中心 合約審查繳費單** | | | | | | | |
| **本院案號：**合約年度-機構名稱委託代審 (黃標為修改處) | | | | | | | |
| **計畫名稱：**合約年度-機構名稱委託代審 | | | | | | | |
| **單位聯絡人** |  | | | **服務單位** |  | | |
| **應繳金額** | NT. 元整。 **(審查費請參照臨床試驗中心網站公告)** | | | | | | |
| **收據開立抬頭** |  | | | **統一編號** |  | | |
| **繳付方式** | □ 現金。  □ 支票﹙支票號碼： 到期日： ﹚。其他： 。 | | | | | | |
| **審查案別** | **申請IRB委託代審**【使用本院制式範本】：  □變更：新增或刪減合約條文(費用：30,000元)；□未變更(費用：5,000元) | | | | | | |
| **□展延合約**(費用：5,000元)  □**變更：新增或刪減合約條文**(費用：30,000元)  **□其他**(請說明) 。 | | | | | | |
| **IRB委託**  **受理經辦人員** |  | **財務管理室**  **經辦人員** |  | | | **臨床試驗中心** |  |

**財管室收執聯(上聯)** ✂------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **中山醫學大學附設醫院 臨床試驗中心 合約審查繳費單** | | | | | | | |
| **本院案號：**合約年度-機構名稱委託代審 | | | | | | | |
| **計畫名稱：**合約年度-機構名稱委託代審 | | | | | | | |
| **單位聯絡人** |  | | | **服務單位** |  | | |
| **應繳金額** | NT. 元整。 **(審查費請參照臨床試驗中心網站公告)** | | | | | | |
| **收據開立抬頭** |  | | | **統一編號** |  | | |
| **繳付方式** | □ 現金。  □ 支票﹙支票號碼： 到期日： ﹚。其他： 。 | | | | | | |
| **審查案別** | **申請IRB委託代審**【使用本院制式範本】：  □變更：新增或刪減合約條文(費用：30,000元)；□未變更(費用：5,000元) | | | | | | |
| **□展延合約**(費用：5,000元)  □**變更：新增或刪減合約條文**(費用：30,000元)  **□其他**(請說明) 。 | | | | | | |
| **IRB委託**  **受理經辦人員** |  | **財務管理室**  **經辦人員** |  | | | **臨床試驗中心** |  |

**存根聯(下聯)**

|  |
| --- |
| **◎注意事項**  1.審查費收費標準請參照臨床試驗中心網站公告。  2.確認完成繳費事宜，始進入審查流程；若主持人欲撤回申請案，恕不退費，送審前請審慎考慮。  3.繳費前請電話(或E-mail)至臨床試驗中心檢核審查費用是否無誤；如需代繳，請印出本文件及審查費用寄至本中心(建國南路一段126號2樓)承辦人收，收據開立完成將電話通知取件。  4.如有疑問，請聯絡：臨床試驗中心，電話: 04-24739595分機56225，傳真: 04-22653861，E-MAIL: cshgcrc@csh.org.tw |
| **請主持人及委託合作廠商審慎填寫此文件，若因未具體揭露經費來源、利益衝突或其它因素，而造成繳費金額認定錯誤；日後仍須補繳足額審查費用。 1070314修訂** |