**临床试验经费核算表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **临床试验项目名称** | | | | | |
| **申办者：** | | | **CRO：** | | |
| **试验项目编号：** | | | **摘要：** | | |
| **费用明细** | | **数量** | | **费用（元）** | **核对人** |
| **研究者观察费** | 完成病例 |  | |  |  |
| 筛选失败病例 |  | |
| 脱落病例 |  | |
| **受试者检查费** | 完成病例 |  | |  |  |
| 筛选失败病例 |  | |
| 脱落病例 |  | |
| 检查费（系统） |  | |  |  |
| **受试者补助** | 交通补助 |  | |  |  |
| 采血补助 |  | |
| **住院费** | 住院费 |  | |  |  |
| 机构管理费 |  | | | | |
| 受试者管理费 |  | | | | |
| 医院管理费 |  | | | | |
| 药物管理费 |  | | | | |
| 资料管理费 |  | | | | |
| 机构质控费 |  | | | | |
| 税费 |  | | | | |
| **总计** |  | | | | |
| **前期付款** |  | | | | |
| **应退（收）尾款** |  | | | | |
| 我已核对以上费用，同意支付。  项目负责人签名：  日期：  机构秘书签名：  日期：  机构办公室主任签名：  日期：  财务处处长签名：  日期： | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | **工号** | **金额** | **签字** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **费用总计：** | | **制表人：** | |

**研究者费用分配明细**