**临床试验费用决算表**

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 |  |
| 委托方 |  |
| 承担科室 |  | 项目负责人 |  | 临床分期 |  |
| 合同例数 |  | 病例费用 |  | 合同总费用（元） |  |
| 该研究于 年 月 日筛选第1例受试者， 年 月 日完成最后1例随访。共筛选 例受试者，筛选失败 例，入组 例，完成 例，脱落 例。根据临床试验协议，完成试验病例按 元/例支付（其中观察费 元，检查费 元，交通补助费 元），筛选病例按 元/例支付（其中观察费 元，检查费 元，交通补助费 元），中途退出病例按 元/例支付（其中观察费 元，检查费 元，交通补助费 元）。 |
| **到账经费** |
| 到账 | 时间 | 金额（元） |
| 首付款 |  |  |
| 第二笔 |  |  |
| 。。。 |  |  |
| 尾款 |  |  |
| **总费用** |
| **类目** | **单价（元）** | **说明** | **例数** | **合计（元）** |
| 临床观察费 |  |  |  |  |
| 检查费 |  |  |  |
| 受试者补助 |  |  |  |
| 机构管理费 |  |  |  |
| 药房管理费 |  |  |  |
| 。。。。 |  |  |  |
| 税费 |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |
|  项目负责人（签名）： 日期： |
|   **申办者（签名/盖章）： 日期：** |

应付资料管理费\_\_\_\_\_\_\_元，含税 元；如试验结束5年后不再在贵中心继续保存，则由联系人： 联系方式： 提前20个工作日联系贵中心，处理试验资料交接事宜，逾期未处理，则有贵中心自行处理。

**因此，本临床试验项目研究总费用为\_\_\_\_\_\_\_元（含税），现仍需支付尾款\_\_\_\_\_\_\_元/现需结算退回剩余研究费\_\_\_\_\_\_\_元（含税）；**

附件：

附件1：经费结算明细表

附件2：如需退款，另需提交：原增值税发票（如已抵扣，则提交盖章的“开具红字增值税专用发票信息表”）、需退回经费收据、既往打款凭证、企业开票信息（汇款）。

经费结算明细表

|  |
| --- |
| （一）观察费明细（元） |
| 受试者筛选号 | V1（筛选） | V2（入组） | V3 | V4 | V5 | V6 | V7 | 合计 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |

|  |
| --- |
| （二）检查费明细（元） |
| 受试者筛选号 | V1（筛选） | V2（入组） | V3 | V4 | V5 | V6 | V7 | 合计 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |

可明细至具体检查项目

|  |
| --- |
| （三）受试者补偿费（元） |
| 受试者筛选号 | V1（筛选） | V2（入组） | V3 | V4 | V5 | V6 | V7 | 合计 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |

访视次数自行添加