**临床试验项目经费退款申请表**

项目一：

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 |  |
| 主要研究者 |  | 专业科室 |  | 入组例数 |  | 完成例数 |  |
| 申办方已支付费用 |  | 实际产生费用 |  |
| 需退还金额（不含税） |  | 开户名 |  |
| 开户行 |  | 收款账号 |  |

项目二：

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 |  |
| 主要研究者 |  | 专业科室 |  | 入组例数 |  | 完成例数 |  |
| 申办方已支付费用 |  | 实际产生费用 |  |
| 需退还金额（不含税） |  | 开户名 |  |
| 开户行 |  | 收款账号 |  |

项目三：

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 |  |
| 主要研究者 |  | 专业科室 |  | 入组例数 |  | 完成例数 |  |
| 申办方已支付费用 |  | 实际产生费用 |  |
| 需退还金额（不含税） |  | 开户名 |  |
| 开户行 |  | 收款账号 |  |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 主要研究者签名 |  | 机构办主任签名 |  |
| 机构主任/副主任签名 |  | 财务分管院长签名 |  |

上饶市人民医院国家药物临床试验机构（盖章）