附件1

受试者住院期间临床试验支付金额登记表

试验名称：

申办方名称：

专业名称：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受试者姓名 | 住院病历号 | 临床试验随机号 | 费用明细 | | | | | 住院期间临床试验支付总金额（元） | 住院起止日期 |
| 价格项目名称 | 单价 | 单位 | 数量 | 金额（元） |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 总 计 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

我确认《受试者住院期间临床试验支付金额登记表》中的信息真实、准确，受试者住院期间临床试验支付金额与知情同意书描述一致，受试者住院期间临床试验支付金额与合同描述一致。

主要研究者签字： 日期： 年 月 日