|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **药物临床试验报销费用审批表** | | | | | | |
| 填表日期： |  |  |  |  | 张数（含此页）： | |
| 姓名：（项目负责人） | | 卡号：农行奖金卡号 | | | | |
| 项目名称（项目编号）：填写时项目名称、项目编号均需填写 | | | | | | |
| 受试者检查费 | 金额（大写） |  | | | 金额（小写） |  |
| 受试者补助 | 金额（大写） |  | | | 金额（小写） |  |
| **审批部门** | | | | | | |
| 项目负责人 | 经办人（并把电话填上） | 药物临床试验机构办公室 | | | 药学处 | |
| 财务分管院长审批 | 财务处负责人审批 | | □拟报销 □拟还借款  PI签字： | | 专项资金管理科审批 | |
| 财务科审批 | |