中山醫學大學附設醫院 臨床試驗中心 合約審查繳費單						
本院案號:CS。□無。				計畫編號:。 □無。		
計畫名稱:						
計畫主持人				服務單位		
應繳金額	NT 元整。 (審查費請參照臨床試驗中心網站公告)					
收據開立抬頭				統一編號		
繳付方式		匯款日期: 支票號碼:		後五碼: )。 ∃: )。		
□新案【使用本院範本】 □變更(費用:30,000元);□未變更(費用:5,000元) 【已議定制式契約/個案】 □費用:30,000元 □變更案-含主約及(或)附約□新增或刪減合約條文(費用30,000元) □變更經費及人數等(不含原條文)(費用:5,000元) □其他(請說明)。						
財務管理室 經辦人員				臨床試驗中心		
中山醫學大學附設醫院 臨床試驗中心 合約審查繳費單						
本院案號: CS。 □無。			計畫編號:。 □無。			
計畫名稱:						
計畫主持人				服務單位		
應繳金額	NT 元整。 (審查費請參照臨床試驗中心網站公告)					
<b>上</b> 收據開立抬頭				統一編號		
繳付方式	<ul><li>□匯款(匯款日期: 匯款後五碼: )。</li><li>□支票(支票號碼: 到期日: )。</li></ul>					
□新案【使用本院範本】         □變更(費用:30,000元); □未變更(費用:5,000元)         【已議定制式契約/個案】         □費用:30,000元         □變更案-含主約及(或)附約□新增或刪減合約條文(費用30,000元)         □變更經費及人數等(不含原條文)(費用:5,000元)         □其他(請說明)						
財務管理室 經辦人員				臨床試驗中心	y.	

## 存根聯(下聯)

◎注意事項

- 1.審查費收費標準請參照臨床試驗中心網站公告。 2.確認完成繳費事宜,始進入審查流程;若主持人欲撤回申請案,恕不退費,送審前請審慎考慮。 3.繳費前請電話(或E-mail)至臨床試驗中心檢核審查費用是否無誤;如需代繳,請印出本文件及審查費用寄至本中心(台中市南區建國 北路一段110號9樓 臨床試驗中心)承辦人收, 收據開立完成將電話通知取件。
- 4.如有疑問, 請聯絡: 臨床試驗中心, 電話: 04-24739595分機34917, 傳真: 04-22653861, E-MAIL: cshgcrc@csh.org.tw
- 請主持人及委託合作廠商審慎填寫此文件,若因未具體揭露經費來源、利益衝突或其它因素,而造成繳費金額認定錯誤;日後仍須補 繳足額審查費用。 1120105修訂