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(匯款日期: 匯款後五碼:)。 □支票(支票號碼: 到期日:)。		
審查案別	**□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	

財管室收執聯(上聯)

✂----------

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(匯款日期: 匯款後五碼:)。 □支票(支票號碼: 到期日:)。		
審查案別	**□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	

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