# 國泰綜合醫院人體試驗審查委員會　繳款單

日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **本院IRB案號：** | | | | | | |
| **計畫名稱：** | | | | | | |
| **計畫主持人** |  | | | | | |
| **計畫執行單位** |  | | | | | |
| **聯絡人姓名** |  | **電話** |  | | | |
| **應繳金額** | NT.　 　元整(**審查費請參照本會網站公告)** | | | | | |
| **收據開立抬頭** |  | | | | **統一編號** |  |
| **繳付方式** | □現金 □匯款 □支票  □院內核銷(計畫編號：　　　　　　　　　　　) | | | | | |
| **案　　別** | □ 初審案  □ 變更案（廠商）  　　□ 行政變更案  　　□ 簡易變更案（微幅變更）  　　□ 一般變更案（實質變更）  □ 結案/終止案 | | | □ 行政管理費  □ 臨床試驗合約書變更  □ 臨床試驗費  □ 課程報名費  □其他 | | |
| **國泰IRB檢核章** |  | | | | | |
| **【注意事項】** | | | | | | |
| * 審查費[收費標準](https://www.cgh.org.tw/ec99/rwd1320/category.asp?category_id=66" \t "_blank)請參照網站公告 * 人體試驗委員會確認完成繳費事宜，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。 * 本文件**一式一份(正本)**，繳費前請至人體試驗委員會檢核審查費用是否無誤。 * 如有疑問請來電 02-27082121分機6990，或來信 [irb@cgh.org.tw](mailto:irb@cgh.org.tw)詢問。 | | | | | | |
| **請主持人及委託合作廠商審填寫此文件，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。** | | | | | | |