**临床试验经费结算说明**

项目名称：

申办方/CRO：

 公司与太和县人民医院于 年 月 日签署本项目的药物临床试验主协议，于 年 月 日在贵院启动，截止 年 月 日，本中心共筛选受试者 例，入选 例，完成 例，脱落 例。经与中心该项目主要研究者 协商，同意进行中心关闭并结算合同费用，结算明细如下：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 项目 | 费用（元） | 备注 |
| 研究者观察费 |  | 附费用明细 |
| 研究护士配液费、采血费（如适用） |  | 附费用明细 |
| 检验检查费 |  | 附费用明细 |
| 受试者补助 |  | 附费用明细 |
| 医院管理费 |  | 附费用明细 |
| 机构管理费 |  | 附费用明细 |
| 质控费 |  | 附费用明细 |
| 药品管理费 |  | 附费用明细 |
| 其他费用 |  | 附费用明细 |
| 税费 |  |  |
| 总金额 |  |  |
| 已支付金额 |  | （分别于XXXX年XX月XX日支付XXXX元；于XXXX年XX月XX日支付XXXX元；于XXXX年XX月XX日支付XXXX元。) |
| 尾款/余款 |  |  |

甲方：（盖章） 乙方：（盖章）

 主要研究者签字：

 日期： 年 月 日