**临床试验余款退回申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 临床试验科室 |  | 试验项目负责人 |  | 立项年度 |  |
| 机构受理号 |  | | | | |
| 临床试验名称 |  | | | | |
| 需退回余款金额 |  | | | | |
| 主要研究者 | 年 月 日 | | | | |
| 专业负责人意见 | 年 月 日 | | | | |
| 机构秘书意见 | 年 月 日 | | | | |
| 机构办主任意见 | 年 月 日 | | | | |
| 业务分管副院长意见 | 年 月 日 | | | | |
| 财务科长意见 | 年 月 日 | | | | |
| 机构主任审批 | 年 月 日 | | | | |
| 财务分管副院长意见 | 年 月 日 | | | | |