**年 月受试者补助发放申请**

项目名称：

以下患者参加我院 （专业）临床试验，根据临床试验项目“ ”（项目名称）的合同，应予以临床试验受试者交通补助及采血补助。费用从项目中支出，现请给予患者发放补助，特此说明。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 姓 名 | 金 额（元） | 备 注 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 合 计 |  |  |

药物临床试验机构办公室：

签字及日期：