**受试者补贴领取证明**

**项目名称：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **基本信息** | | | |
| 受试者 筛选号 参加由 （申办方）在我院 （专业）开展的“ 临床试验项目”（项目名称）。  该项目知情同意书中受试者补贴标准为： 元/次交通补贴或营养补贴， 元/次的采血补助（如适用）， 元/次组织采集补助（如适用）。  该受试者在本阶段试验中已完成了 次访视（访视 -访视 ）， 次采血（如适用） 次组织采集（如适用），因此，本次应发放受试者共计 元，特此说明。  （以上内容可根据项目实际情况进行增删调整。） | | | |
| **受试者领取信息确认** | | | |
| 受试者姓名 |  | 身份证号码 |  |
| 法定代理人 |  | 身份证号码 |  |
| 银行卡卡号 |  | 联系电话 |  |
| 银行卡所属银行 |  | 开户行信息 |  |
| 领取金额 |  | 确认人签名及日期 |  |
| 注：1、若为受试者本人领取补助，则无需填写法定代理人信息；若由受试者法定代理人代领补助，则需同时填写受试者法定代理人信息。2、联系电话及确认人应为银行卡持卡人，确认人需在签名处加盖手印。 | | | |

研究者： 日期： 年 月 日

主要研究者: 日期： 年 月 日