**附件**

 **临床试验项目经费/伦理审查费入账通知单**

西安大兴医院：您好

我公司已于   年  月   日向贵院账户支付

□ 临床试验项目 □ 伦理审查费

相关费用，具体信息如下，请您查收。（付款凭证见附件）

项目名称：

申 办 者：

CRO公司：

支付金额（大写）：

 （小写）：￥

款次：□伦理审查费

□临床试验项目首款 □临床试验项目（第  笔） □临床试验项目尾款

□其他：（请注明）

 联系人： 日 期：

 电 话：    签 章：

**药物临床试验机构/伦理委员会接收单**

今日接到申办方/CRO公司递交的费用入账通知单，接收人会尽快到医院财务部办理该项目款项入账，开具相关费用发票，并及时通知申办方领取发票。

药物临床试验机构/伦理委员会接收人：         日 期：