|  |
| --- |
| **西安大兴医院受试者补助发放信息表** |
| **项目名称** |  |
| **研究科室** |  | **主要研究者（PI）** |  |
| **受试者相关信息** |
| **筛选号** | **随机号** | **姓名** | **身份证号** | **银行账号** | **开户银行** | **补助/元** | **备注（访视期）** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **合 计** |  |
| **主要研究者签字** |  | **日 期** |  | **机构办审核签字** |  | **日 期** |  |