|  |
| --- |
| **西安大兴医院受试者补助领取信息登记表** |
| **项目名称** |  |
| **研究科室** |  | **主要研究者（PI）** |  |
| **筛选号** | **随机号** | **姓名** | **身份证号** | **银行账号** | **开户银行** | **资料留存****是/否** | **受试者确认****签字/日期** | **研究者确认****签字/日期** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：受试者本人领取：身份证复印件、银行卡复印件，复印件上签字签日期

家属代领：关系证明，委托书，受试者及家属的身份证复印件，领取人银行卡复印件，复印件上签字签日期。