**臨床試驗研究經費 預算明細表**

**【臨床試驗中心】**

會計編號： (臨床試驗中心填寫) 總務室出納組入帳代碼： 1034

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 計畫主持人 |  | 填表日期 | **西元 年 月 日** |
| 計畫名稱 |  | | |
| IRB編號 | □ 一般審查案（臨床試驗）：KMUHIRB─ ( )─  □ 簡易審查案：KMUHIRB─ ( )─  □ 基因及特殊族群審查案：KMUHIRB─ ( )─ | | |
| 計畫編號 |  | 聯合會編號 | □不適用 |
| 執行期限 | 自 **西元 年 月 日** 起至 **西元 年 月 日** 止 | | |
| 經費來源 | □ 廠 商：  □ 政府機關：  □ 其 他： | | |
| 試驗委託廠商 | □ 不適用 | | |
| CRO公司 | □ 不適用 | | |
| 填表人姓名 |  | 聯絡電話 |  |
| 傳　真 |  |
| E-mail |  |
| **計畫主持人**  **簽章／日期** |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **本院列管** | **項目** | **金額** | **說明及估算** | **備註** |
| **1.人事費** | | | | |
| □是 □否 | 試驗主持人 |  |  | 試驗主持人費用。  (需外加雇主1.91%健保補充保費) |
| □是 □否 | 研究護士／助理 |  |  | 研究護士/助理 (含勞健保費、勞退金等)。  (需外加雇主1.91%健保補充保費) |
| **2.醫療業務費** | | | | |
| 醫院必列管 | 醫療相關費用 |  |  | 試驗所需之門診/住院/急診相關醫療、檢驗、檢查費等。 |
| 醫院必列管 | 掛號費 |  |  | 試驗所需之門診/住院/急診掛號費 |
| **3.其它業務費** | | | | |
| □是 □否 | 受試者相關費用 |  |  | 受試者之交通費、營養費、保險、外加雇主1.91%健保補充保費等 |
| □是 □否 | 其他 |  |  | 郵電、印刷、文具、電腦相關設備、其他雜支等 |
| **總預算金額** |  | | | |
| **\*列管經費金額** |  | | | |

**※列管經費繳款方式：**

□ 一次結清存入

□ 分期存入：□ 3個月一期 □ 半年一期 □ 一年一期

□ 其它：共 期 ， 預計繳交時間：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 期別 | 預計繳交時間 | 繳交金額 | 備註 |
| 第一期 |  |  |  |
| 第二期 |  |  |  |
| 第三期 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**臨床試驗計畫『本院列管經費』預算明細表**

**【財務室】**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 會計編號 |  | | 計畫主持人 | |  |
| 計畫名稱 |  | | | | |
| **項 目** | | **預 算 金 額** | | **估 算 說 明** | |
| **一、人事費** | | | | | |
| 計畫主持人 | |  | | 外加雇主健保補充保費1.91% | |
| 專任研究助理 | |  | | 外加雇主健保補充保費1.91% | |
| 兼任研究助理 | |  | | 外加雇主健保補充保費1.91% | |
| 臨時工資 | |  | | 外加雇主健保補充保費1.91% | |
| 鐘點費 | |  | | 外加雇主健保補充保費1.91% | |
| 其他 | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
| **二、業務費 (醫療業務費)** | | | | | |
| 醫療費用、檢查費 | |  | | 檢驗費、門診/住院費等 | |
| 掛號費 | |  | | 掛號費 | |
|  | |  | |  | |
| **三、其他 (一般業務費)** | | | | | |
| 受試者相關費用 | |  | | 外加雇主健保補充保費1.91%  交通費、營養費、保險等 | |
| 郵電費 | |  | |  | |
| 印刷費 | |  | |  | |
| 文具用品費 | |  | |  | |
| 會議餐費 | |  | |  | |
| 電腦相關設備 | |  | |  | |
| 其他雜支 | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
| **列管總金額** | |  | |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **計畫主持人**  **簽章／日期** |  | | |
| **臨床試驗中心** | 經辦人： | **單位主管：** | |
| **財務室** | 經辦人： | **單位主管：** | |
| **副院長** |  | **院 長** |  |

**※注意事項：**

1. 本預算明細表 經臨床試驗中心審核無誤，送交財務室取得「會計編號」後，將**蓋有中心戳章**以證明之。

2. 勾選「本院列管」經費者，方需繳入本院會計專帳管理，並請於計畫開始執行前，繳交第一期費用。

3. 第二項醫療業務費**請務必詳填**，其他項目可依計畫實際執行狀況填寫。

「**醫療相關費用」皆須以本院自費價計算之** (請勿包含病患原有之健保部分負擔金額，以免當次門診/急診之整筆醫療費用被核刪及事後罰款)。

4. 請以「■」表示勾選項目，如篇幅不足，請自行延伸表格。

5.如有關人事費用及交通費請另加1.91%健保補充保費。