**臨床試驗研究經費 繳款單**

總務室出納組入帳代碼： 1034

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **\*會計編號** | R | | | |
| **\*收據抬頭** |  | | | |
| **\*統一編號** |  | | | |
| **申 請 者** | 公司名稱 |  | | |
| 姓 名 |  | | |
| 電 話 |  | 分 機 |  |
| 手 機 |  | 傳 真 |  |
| 地 址 | 郵遞區號： | | |
| **計畫資料** | IRB編號 | KMUHIRB- | | |
| 計畫編號 |  | | |
| 計畫主持人 |  | | |
| 計畫名稱 |  | | |
| **\*繳款期別** | □ 一次結清存入 □ 分期繳款：第　　　　期 □ 其他： | | | |
| **\*繳款金額** |  | | | |
| **繳費方式** | □ 現場繳費 □ 支票 | | | |
| **※繳費方式：**  一、支　　票：支票抬頭：『高雄醫學大學附設中和紀念醫院』  郵寄地址：『高雄市三民區自由一路100號啟川大樓6F 總務室出納組 收』  二、現場繳費：請至本醫院 啟川大樓6F總務室出納組(電話：5156) 繳交  **※注意事項：**  一、繳款時請附上本繳款單，以利本院總務室出納組核對款項。  二、事後煩請將『繳款單+收據』傳真乙份或E-mail至本院臨床試驗中心留存。  傳真：07-322-1408。電話：07-312-1101轉6643轉22 李國銘先生  E-mail：860241@ms.kmuh.org.tw  三、標示「\*」欄位者，請務必填寫正確。 | | | | |