临床试验支出申请单

申请科室： 日期： 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 |  |
| 项目编号 |  |
| 支出说明 |
|  |
| 支出金额（元） |  |
| 经办人 | （联系电话）： | 科室负责人签字 |  |
| 临床试验机构办意 见 |  | 财务部意 见 |  |
| 主管院长审 批 |  | 医院院长审 批 |  |