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 |  | | | |
| 财务编码 |  | | | |
| 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 |  |