**** V4.4，20220726

**临床试验经费退款申请**

中山大学附属第一医院：

XXXXXXXXXXX（申办者）在贵院开展了XXXXXXXXXXXXXXXXX （项目全称）临床试验，主要研究者是XXX教授。本研究共筛选受试者XX例，入组XX例，脱落XX例，完成XX例。该项目现因 XXXXXXXXXXXXXXXXX（退费原因）需要退费。

|  |  |
| --- | --- |
| 付款方依据协议应支付金额 | XXXXXXXXX元（含税） |

付款方实际已支付金额如下：

|  |  |
| --- | --- |
| 第1笔： | XXXXXXXXX元（含税） |
| 第2笔： | XXXXXXXXX元（含税） |
| 第3笔： | XXXXXXXXX元（含税） |
| 第……笔： | XXXXXXXXX元（含税） |
| 总计： | XXXXXXXXX元（含税） |

多支付金额为XXXXXXXX元（含税）。

因此，现向贵院申请退还多支付的研究费用XXXXXXXX元（含税）。请审批！

退费账户：

|  |  |
| --- | --- |
| 收款人（户名）： |  |
| 开户行： |  |
| 账号： |  |

付款方（盖章）：

申请人（签字）：

日期：

审核意见如下：

|  |
| --- |
| 主要研究者审核意见：（请研究者核对清楚，并写情况属实及签名）  签名/日期： |
| 机构质控员审核：  签名/日期： |
| 药物临床试验机构办公室主任意见：  签名/日期： |
| 药物临床试验机构副主任意见：  签名/日期： |
| 药物临床试验机构主任意见：  签名/日期： |
| 分管院领导意见（退费金额≥10万时适用）：  签名/日期： |
| 财务审批意见：  签名/日期： |