附件1

**交纳药物/器械临床试验费用通知**

**请至资料下载专区，项目进展处下载“经费入账通知”。**

附件2

**科研经费支付院内检查费等项目申请单**

项目编号（记账号）： 经费本上的项目编号 日期： 年 月 日

课题负责人签名： PI签名 证明人签名：Sub-I签名 经办人签名： CRC签名

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目收费编码 | 项 目 名 称 | 单价（元） | 人数 | 小计（元） |
| 1 | 105201 | 血常规五分类 |  | 1 |  |
| 2 | 98303 | EDTAK2管（K2EDTA紫头管） |  | 1 |  |
| 3 | 103401 | 出、凝血常规 |  | 1 |  |
| 4 | 98304 | 试管费（蓝色） |  | 1 |  |
| 5 | -107 | 静脉采血 |  | 1 |  |
| 6 | 合计 | | | 1 |  |

说明：

1. 科研经费记账单三个月内有效，如超期未使用，请将剩余单交回会计科更换续期。（每份申请可续期一次）

2. 检查费用按科研经费中检测化验加工指标使用，药品占试剂材料指标使用。

3. 上表可根据实际使用在合计前增减“行”，不要有空白行。

附件3

**经 费 记 账 单**

顺序号：00001

项目编号： QXXXX 日期： 年 月 日

课题负责人签名： 证明人签名： 经办人签名：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目收费编码 | 项 目 名 称 | 单价（元） |
| 1 | 105201 | 血常规五分类 |  |
| 2 | 98303 | EDTAK2(K2EDTA)紫头管 |  |
| 3 | 103401 | 出、凝血常规 |  |
| 4 | 98304 | 试管费（蓝色） |  |
| 5 | -107 | 采血费 |  |
|  | 合计 | |  |

第 收

一 费

联 处

说明：

1、本记账通知单一式两联，**有效期至： 年 月 日（日期涂改无效）**！

2、顺序号：为课题组自编，自00001开始顺序编号，两联一致。

…………………………………………………………………………………………………

**经 费 记 账 单**

顺序号：00001

项目编号： QXXXX 日期： 年 月 日

使用人姓名：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目收费编码 | 项 目 名 称 | 单价（元） |
| 1 | 105201 | 血常规五分类 |  |
| 2 | 98303 | EDTAK2(K2EDTA)紫头管 |  |
| 3 | 103401 | 出、凝血常规 |  |
| 4 | 98304 | 试管费（蓝色） |  |
| 5 | -107 | 采血费 |  |
|  | 合计 |  |  |

第 使

二 用

联 人

说明：

1. 凭此单及电子处方或检查单到“体检中心收费处”办理费用记账。
2. 本单项目内容需与收费处存根联匹配方可记账。

**3、此单有效期至： 年 月 日（此日期由医生填写，不能超过第一联日期）**

附件4

**中山大学附属第一医院**

**住院患者使用资助款通知**

收费处：

\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日，现有\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_资金资助住院患者\_\_\_\_\_\_\_\_\_的住院费用。支付金额为人民币：\_\_\_拾\_\_\_万\_\_\_仟\_\_\_佰\_\_\_拾\_\_\_元\_\_\_角\_\_\_分（¥：\_\_\_\_\_\_\_元）。该款项暂存于\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_科目，凭证号\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。请作预交款处理。

经办人： 核算科经办人：

证明人： 核算科复核人：

主要研究者：

药物临床试验机构（签字或盖章）：

日期：20 年 月 日

附件5

**中山大学附属第一医院财务特殊情况报销说明书**

财务与资产管理科：

本人在\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（项目全称）项目报销\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_事项中，根据财务报销有关规定，对部分报销情况说明如下：

受试者\_\_\_\_\_\_\_\_（筛选号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_，住院号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_）于\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日产生的住院费用经由该项目经费予以支付报销，详见《中山一院住院费用分类明细表》。

本人确认上述报销业务和票据的真实性，请财务予以报销。由此引起的审计、检查责任，由本人负责。

经办人签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

——————————————————————————————————

主要研究者意见：

主要研究者签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日