**受试者门诊费用结算单**

受试者 卡号 自愿参加“ （项目名称） ”项目临床试验，现已完成 。根据协议，由项目组结算门诊费用 元

（大写金额人民币 仟 佰 拾 元 角 分）。

零、壹、贰、叁、肆、伍、陆、柒、捌、玖、拾

研究者（PI/sub-I） 受试者（或委托人）签字

受试者身份证复印件附后 （机构盖章生效） 日期