**临床试验经费尾款结算审核会签表**

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 |   |
| 申办单位 |   |
| 研究机构 | 山东第一医科大学附属眼科医院（山东省眼科医院） |
| 科室/主研 |   |
| **实际产生费用情况：**实际完成 例，筛败 例。 |
| 项目 | 费用 | 合计（元） |
| 检查费及相关补助**\*** | 1 |   |  |
| 2 |   |  |
| 3 |   |  |
| 研究项目劳务费 |   |  |
| 组长单位牵头费 |   |  |
| 税费 |   |  |
| 合计 |   |
| 已支付 |   |
| 待支付 |   |
| **\*** 检查费以实际发生为准： |
| **审核会签** |
| 部门 | 意见 | 经办人签名（日期） |
| 机构财务管理 |  |   |
| 医院财务部 |  |  |
| 医院审计科 |  |  |