



**目的：**保障受试者权益，规范受试者相关费用的管理。

**范围：**适用于本机构开展的所有临床试验。

**规程：**

- 1 受试者相关费用是指受试者因参加临床试验产生的营养费、交通费、住院补贴等，由 GCP 办公室会同医院财务部统一管理。
- 2 凡在我院开展的临床试验，试验经费由申办者全额提供，具体支付方式按签订的合同执行。
- 3 受试者相关费用的发放金额严格遵循临床试验合同和知情同意书的相关条款。
- 4 发放流程
  - 4.1 研究护士/CRC 按照受试者相关费用明细确认表填写要求（附件 1）填写受试者相关费用明细确认表（附件 2）。
  - 4.2 研究护士/CRC 于每月最后一周按申领受试者补助的文件要求（附件 3）将相关表格和材料提交至 GCP 办公室。
  - 4.3 GCP 办公室确认试验项目经费已到位。
  - 4.4 GCP 办公室负责相关表格和材料的审核。
  - 4.5 GCP 办公室通过 OA 向财务部发起费用发放申请流程。
  - 4.6 财务部负责流程审核和费用发放。

附件 1:

### 受试者相关费用明细确认表填写要求

- 1、受试者姓名需与受试者鉴认代码表一致。
- 2、访视阶段按每次访视分开罗列。
- 3、确认日期为受试者访视当天的日期。
- 4、收款账号要求填写银行卡号，不能使用存折。
- 5、填写收款账号开户行时，研究护士/CRC 需致电相关银行客服核对开户行信息，保证其准确性。
- 6、身份证号和联系方式均填受试者本人相关信息。
- 7、签字确认处需受试者本人进行签字确认；对无书面阅读表达能力的受试者，由受试者本人在签字确认栏盖手印。
- 8、如银行卡持卡人非受试者本人，需备注持卡人及与受试者关系。

附件 2:

## 受试者相关费用明细确认表

项目名称:

申办方:

开展科室:

主要研究者:

受试者 姓名	访视 阶段	确认 日期	收款账号开户行	收款账号 省份	收款账号 地市	收款账号	金额	身份证号	联系方式	签字确认	备注

研究者签字确认:

日期:

## 附件 3:

## 申领受试者相关费用的文件要求

序号	文件名称	数量	要求
1	临床试验合同	1	项目进行首次报销时, 需提交临床试验合同首页、关于受试者相关费用规定页、签字盖章页复印件
2	受试者相关费用明细确认表	1	每次报销均需提供原件
3	受试者身份证复印件	1	受试者进行首次报销时, 需提交身份证复印件
4	代受试者领款人员身份证复印件	1	受试者费用由他人代领时, 需同时提供代领款人员身份证复印件
5	受试者相关费用领取委托书	1	受试者费用由他人代领时, 需提供受试者相关费用领取委托书(附件 4)原件

附件 4:

### 受试者相关费用领取委托书

委托人姓名:

身份证号:

受托人姓名:

身份证号:

本人由于（写明原因），特委托                     代本人领取在（科室名称）

开展的（项目名称）受试者相关费用，并同意将上述费用汇入以下账户：

开户名:

开户账号:

开户行:

本人声明，上述所有信息均真实、有效。

委托人:

年 月 日