**國防醫學院三軍總醫院人體試驗審議會**

由IRB填寫

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **繳費證明單** | | | | | | | | | | | |
| **IRB案號：** | | | | 審查費金額 | | | | 選擇一個項目。 | | |  |
| **一、計畫主持人資訊** | | | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | | | 聯絡電話 | | 院內請填寫公務機或分機 | | | | | |
| **醫師人員**  **非醫師人員** | | | | 案件類別 | | 新案 變更案( ) 持續審查( )  結案 終止 暫停 | | | | | |
| **二、聯絡人資訊** 同計畫主持人則此欄資訊不需填寫 | | | | | | | | | | | |
| 單位 |  | | 姓名 | |  | | | | 電話 | 院內請填寫公務機或分機 | |
| 手機 | **09** | |
| **三、**  **付款資訊**  **(廠商請一律**  **支票繳費)** | | 臨櫃匯款 同行存款  繳款人：  繳款日期：按一下這裡以輸入日期。 | | | | | 支票(廠商請以即期支票支付)  支票號碼： .  支票日期：按一下這裡以輸入日期。 | | | | |
| **收據抬頭** | | 必填必填必填 | | | | | | | | | |
| **收據領取方式** | | 聯絡人自取(通知後請盡速領取)  計畫主持人自取(通知後請盡速領取)  物件遞送系統傳送至單位(限**總院單位)**: 同計畫主持人單位/同聯絡人單位  掛號郵寄，已一併附上**足額掛號回郵信封**並載明**地址/公司名/收件人/IRB案號**  快遞，已一併附上**填妥信封，並**載明**公司名/地址/電話/收件人/IRB案號** | | | | | | | | | |

**請在此處黏貼（務必黏貼）**

* **銀行繳費存根聯副本或影本或**
* **支票影本(勿貼正本)**

**★請您務必留意所屬單位核銷作業規定，並核對資料之正確性。**

**★收據上載之抬頭、領取方式等各項資料，係依照您自行填寫本證明單辦理，收據開立後恕無法修正、更改、補發。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **繳費方式：**經費來源為廠商，限支票付款、**即期票**，支票抬頭請開『三軍總醫院』。 | | |
| 匯款(臨櫃、跨行)：勿使用轉帳或網路轉帳方式繳費，勿**跨月/跨年**銷審查費帳款，限當月沖銷。  銀行：合作金庫國醫中心分行  帳號：5137-713-050036 戶名：生產服務基金-醫療三總407專戶  ⚫本行政管理中心辦公室備有合作金庫銀行「同行存款」之單據，歡迎多加索取利用。 | | |
| IRB行政管理中心聯絡電話：02-8792-3311\*各承辦人，代表號#10552、收據業務承辦人#10807  辦公室位置：台北市內湖區成功路2段325號5樓5113室(醫療大樓中央走道上) 辦公時間：08:00-12:00、13:00-17:00 | | |
| 計畫案件-承辦人與收件日期 | 業務承辦人與收件日期 | 登錄日期 |
|  |  |  |