



臨床試驗合約書審查費 繳款單

總務室出納組入帳代碼： 1067

收據抬頭				
統一編號				
申請者資料	公司名稱			
	姓名			
	電話		分機	
	手機		傳真	
	地址	郵遞區號：		
計畫資料	IRB 編號	KMUHIRB-		
	計畫編號			
	計畫主持人			
	計畫名稱			
*流水編號	C	*律師合約編號		
*合約審查費	中文合約審查費：新台幣 _____ 元 英文合約審查費：新台幣 _____ 元 行政處理費：合約審查費 (_____ 元 × 10% = _____ 元) 應收金額：新台幣 _____ 元整			
繳費方式	<input type="checkbox"/> 現場繳費 <input type="checkbox"/> 支票			
※繳費方式： 一、現場繳費：請至 高雄醫學大學附設中和紀念醫院 啟川大樓 6 樓 總務室出納組繳交 二、支票：支票抬頭：高雄醫學大學附設中和紀念醫院 郵寄地址：高雄市三民區自由一路 100 號啟川大樓 6F 總務室出納組 收 ※注意事項： 一、繳款時請檢附「繳款單」，以利本院總務室出納組核對款項。 二、事後煩請將「繳款單+收據」E-mail 或傳真至本院臨床試驗中心留存。 三、標示「*」欄位，請由臨床試驗中心人員填入，請勿更動內容。				
※總務室出納組 聯絡方式： 電話：07-3121101 轉 5156、5157 E-mail： cashier@ms.kmu.org.tw		※臨床試驗中心 聯絡方式： 電話：07-3121101 轉 6643、6644 轉 22 李國銘 傳真：07-322-1408 E-mail： ct-contract@ms.kmu.org.tw		