



臨床試驗研究經費 繳款單

總務室出納組入帳代碼： 1034

| | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| 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 | | | |
| *繳款金額 | | | *會計編號 | R |
| *繳款期別 | <input type="checkbox"/> 一次結清存入 <input type="checkbox"/> 分期繳款：第_____期 <input type="checkbox"/> 其他： | | | |
| 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「*」欄位者，請務必填寫正確。 | | | | |
| ※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 | |