附件2

**临床试验研究经费／伦理审查费入账通知单**

尊敬的暨南大学附属复大肿瘤医院：

我公司已于 年 月 日向暨南大学附属复大肿瘤医院账户支付临床试验相关费用，具体信息如下，请您查收。

项目名称：

申办者：

CRO公司：

支付金额（大写）：

（小写）：**￥**

款次： □临床试验研究经费首款 □临床试验研究经费（第 笔）

□临床试验研究经费尾款 □伦理审查费（初始审查）

□伦理审查费（跟踪审查） □伦理审查费（复审）

□其他（请注明）：

联系人: 日期：

电话： E-mail：

注：请加盖公章并附汇款凭证单扫描件