彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院

臨床試驗服務費繳費作業辦法

一、主旨:臨床試驗服務費繳費作業辦法

二、說明:為促使試驗委託者/試驗專員了解對本院繳交臨床試驗服務費用之流程，提高流程效能，特設立本作業辦法。

三、作業辦法:

(一)請先完成填寫【臨床試驗服務費繳款單】(附件一)與【試驗案執行經費入款明細】(附件二)，提供正確資料。

(二)繳費方式：

1.支票：

(1)支票抬頭：【彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院】

(2)【支票】、【臨床試驗服務費繳款單】、【試驗案執行經費入款明細】與【回郵信封】一同寄送至出納組:

①郵寄方式，地址：【彰化市南校街 135 號 出納組收】

②快遞寄件，地址：【彰化市建寶街 20 號（蘭醫師大樓 4 樓）出納組收】

2.匯款或 ATM 轉帳：

(1)匯款戶名：【彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院】

匯款帳號：『078530038927』中國信託員林分行(銀行代碼 822 分行代碼 0325)

(2)外幣匯入中國信託之英文戶名，如下表:

Bank Account Name	CHANGHUA CHRISTIAN MEDICAL FOUNDATION CHANGHUA CHRISTIAN HOSPITAL
Bank Name	CTBC BANK CO.,LTD.
Branch Name	YUANLIN BRANCH
Swift ADD	CTCBTWTP
Bank Address	1F., NO.372 JHONGJHENG RD., YUANLIN TOWNSHIP CHANGHUA COUNTY 510, TAIWAN R.O.C
Bank Phone No	886-4-8368676
Bank Account No	078530038927

(3)部份國外銀行因設定的受款人欄位字元限制，請經辦人通知國外客戶於 Beneficiary Name 欄位 key Please refer to below remark ， 再於附言欄位 key 入 CHANGHUA CHRISTIAN MEDICAL FOUNDATION CHANGHUA CHRISTIAN HOSPITAL 即可。

(4)請以電子郵件方式，並附上【臨床試驗服務費繳款單】、【試驗案執行經費入款明細】與【匯款或 ATM 轉帳證明】等資料通知本院承辦人員。

電子郵件：**出納組 D8120@cch.org.tw**、

臨床試驗中心 林芳吟小姐 159750@cch.org.tw

(三)發票：出納組聯繫發票收件人請快遞取件，或以回郵信封回寄。

四、試驗案結束時，必須向試驗帳務處理窗口處理『試驗費用總結算』，並完成試驗帳款結帳，該案才算完成結案。

五、臨床試驗服務費繳費作業辦法諮詢電話：

(一)臨床試驗中心 04-7238595 轉 3932 林芳吟小姐、(二)出納組：04-7238595 轉 8488

附件一

彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院

臨床試驗服務費繳款單

■**支票**	支票號碼：				到期日：			
□**匯款**	匯款人姓名：				匯款人電話：			
摘　　要	IRB 編號：　　**試驗案成本中心代號* (議約費與檢驗認證書免填)**： 試驗計畫編號：　　計畫主持人姓名：							
繳費類別	**請勾選此次繳費費用項目：** ※議約洽談費(入帳部門代號：4607) □無公版合約 15,750 元/案 □洽談公版合約 15,750 元/次 □有公版合約或使用本院制式合約 5,250 元/案 □試驗計畫書修改而修約者收取 3,150 元/次 ※檢驗認證書費(每案 5,000 元，入帳部門代號：6800)：□是　□否 ※試驗案執行經費**(入帳試驗案成本中心代號*)**：□是　□否							
金　　額	新台幣	百萬	拾萬	萬	仟	佰	拾	元
發票抬頭								
統一編號								
發票收件人								
姓　　名				電子郵件				
電　　話				分機				
手　　機				傳真	（）			
地　　址	郵遞區號：							

***若您不知道成本中心代號，請先詢問臨床試驗中心：林芳吟小姐。**

聯絡電話；04-7238595 轉 3932 或電子郵件：159750@cch.org.tw

彰化基督教醫院 出納員收迄章：

附件二

彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院

試驗案執行經費入款明細

本次繳納經費：**合計**_____**元**

*若經費明細陳列方式不適用該試驗案，請先詢問**臨床試驗中心：林芳吟小姐**(聯絡電話：04-7238595轉 3932)並另附入款費用明細內容(如：**Invoice**、廠商內部請款表等)。

本次繳納經費明細說明：若為 □同合約第一期款　□試驗案尾款　，以下可免填

(A) 試驗起始費與協調費：_____元(一次性支付費用)

(B) 行政管理費/雜支費：_____元，_____年____月至_____年____月

(C) 檢查檢驗費用：_____元，_____年____月至_____年____月

(D) 掛號診察費用：_____元，_____年____月至_____年____月

(E) 試驗計畫人事費：

試驗主持人費用：_____元，_____年____月至_____年____月

研究護理師費用：_____元，_____年____月至_____年____月

影像判讀費用：_____元，_____年____月至_____年____月

技術人員費用：_____元，_____年____月至_____年____月

其他費用：_____元，_____年____月至_____年____月

(F) 藥品管理費：

藥品管理費：_____元，_____年____月至_____年____月

藥品調劑費：_____元，_____年____月至_____年____月

(G) 藥品注射與注射照護費：_____元，_____年____月至_____年____月

(H) 受試者交通費/營養費：_____元，_____年____月至_____年____月

(I) 文件儲存費：_____元，保存_____年

(J) SAE 通報費：_____元，_____年____月至_____年____月

(K) 其他：_____元，_____年____月至_____年____月

(L) 營業稅：_____元，_____年____月至_____年____月

填單人姓名:_____職稱: _____

聯絡方式:_____填單日期:_____