|  |
| --- |
| **项目名称**： |
| **申办方**： |
| **研究中心：**湖南中医药大学第一附属医院  **中心号：** |
| **受试者交通补偿领取记录表** |
| **药物编号** | **受试者姓名** | **身份证号码** | **银行卡号** | **开户行** | **访视周期** | **领取金额** | **受试者申请****签字确认** | **备注** |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 访视2 | 　 | 　 | 　 |
| 访视3 | 　 | 　 | 　 |
| 访视4 | 　 | 　 | 　 |
| 访视5 | 　 | 　 | 　 |
| 访视6 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 访视2 | 　 | 　 | 　 |
| 访视3 | 　 | 　 | 　 |
| 访视4 | 　 | 　 | 　 |
| 访视5 | 　 | 　 | 　 |
| 访视6 | 　 | 　 | 　 |