

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】一同寄送至出納組
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	CTCBTWTW
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：院方採用電子發票，出納組開立電子發票後發信提供連結給發票收件人，請您點擊信件連結下載電子發票，即可自行列印。

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

<input checked="" type="checkbox"/> 支票	支票號碼：	到期日：
<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 無公版合約 15,750 元/案 <input type="checkbox"/> 洽談公版合約 15,750 元/次 <input type="checkbox"/> 有公版合約或使用本院制式合約 5,250 元/案 <input type="checkbox"/> 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)： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ※試驗案執行經費(入帳試驗案成本中心代號*)： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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：_____