南京市中医院临床试验发票申请单

开票单位名称：

税号：

开户行：

单位地址：

单位电话：

项目名称：

开票金额：

金额备注：\*\*\*试验费/伦理费（首款|尾款），\*\*\*税费

其他需求：

填写者签字：

联系电话：

日期：

备注：请填写，打印签字，伦理费用申请交到伦理办公室，临床试验费申请交到机构办公室。