國軍高雄總醫院人體試驗委員會

**暫緩開立繳費證明申請表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 計畫名稱 |  | | |
| 計畫  主持人 | 姓名  聯絡電話： | | |
| 計畫  聯絡人 | ☐同計畫主持人  或請填寫姓名： | | 聯絡電話： |
| 申請項目及理由： | | | |
| ▓申請  **暫緩**  開立繳費證明 | | **計畫主持人聲明：下列填寫內容經本人確認無誤。**  本人負責執行此研究計畫，申請計畫經費補助，但尚在下列單位審查中，所申請補助預定核定通過年度： .(必填)  以下請按照研究計畫案經費來源屬性勾選  □申請補助年度： .年度 ☐民診計畫/ ☐國防部計畫。  本人於新案審查時繳交之基本審查費3,000元，會依經費通過之執行年度內開立繳費證明。  □申請補助年度： .年度  ☐衛生福利部 / ☐國家衛生研究院/ ☐國民健康署/ ☐科技部計畫。  本人於新案審查時繳交基本審查費3,000元，上述計畫經費獲得補助時，本人會**主動**繳齊審查費10,000元。  □自行發起之研究待發表後至教學研究中心申請補助，預計\_\_\_\_\_年度發表  請於三年內發表完畢(以IRB通過日期起算三年)  若計畫經費未獲得補助時，本會不退還基本審查費3,000元。  **計畫主持人簽名: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |

國軍高雄總醫院人體試驗委員會研究管理費收費標準

**ㄧ、收費說明:**為保障受試者與人體試驗計畫執行人員雙方之基本權益，並提升本院臨床研究水準及品質。

**二、申請地點及受理時間：**

1.地點:環保大樓2樓教學研究中心

2.時間:週一至週五上午08:30-12:00，下午13:00-17:00。

3.承辦人員:黃雅萱小姐，tel:07-7496751轉726901-3，

傳真:07-7491056

**二、收費標準：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 區分 | 新案 | | | | | 修正案 | | 經費來源 | 廠商 | 其他醫院代審計畫 | 勞研所/國科會/衛生署/國衛院計畫/國健局/中研院/其他單位經費補助 | 國軍醫院代審案/無經費補助(含碩博士論文者) | 本院計畫  (民診經費  國防經費) | 廠商  修正計畫書 | | 金額 | 50,000 | 20,000 | 10,000 | 3,000 | 3,000 | 5,000 |  1. 請於送件前完成繳費。 2. 本院國防與民診計畫請到IRB辦公室繳費。其餘計畫請利用匯款或支票方式，恕不受理現金繳費。   3.支票或匯款後請傳真或掃描MAIL告知：黃雅萱小姐 [並請載明匯入此筆計畫案審查費之**a.計畫主持人姓名**](mailto:802irb@gmail.com；並請載明匯入此筆計畫案審查費之a.計畫主持人姓名)**; b.計畫名稱;c.開立收據之抬頭;d.聯絡人姓名;e.聯絡人電話**。  4.傳真至07-7491056；E-mail：802irb@gmail.com。  5.支票：抬頭『生產服務基金-醫療高雄416專戶』  6.匯款：合作金庫港都分行 (銀行代碼：006，分行代碼：5241)  帳號：5241-713-060106  戶名：生產服務基金-醫療高雄416專戶 請勿直接扣除電匯手續費30元，如扣除者收據請逕自領取。  ※申請國科會/衛生署研究計畫草案者，需先繳交$3,000元審查費，並且得於國科會/衛生署通過後方繳齊審查費（繳費金額如上列表格） ※若申請案件未獲得國科會與衛生署審查通過者，不退還基本審查費3,000元，敬請依規定繳費，以免影響計畫主持人日後之權益。 |