湖南省人民医院伦理委员会伦理审评费缴费通知单

湖南省人民医院　　科：

贵科室拟在我院开展一《　　》的研究。我院医学伦理委员会要求进行独立伦理审评。凡在我院进行研究的所有临床研究项目，根据医学伦理委员会财务管理办法规定支付_____**审查**的伦理费用元整（_____元），汇款时注明“_____项目伦理审评费”字样。我院将开具正规发票。

账　号：43001785061050004152

开户行：建行湖南省分行营业部

户名：湖南省人民医院（湖南师范大学附属第一医院）

湖南省人民医院医学伦理委员会签字/盖章

20　　年- 月-　日