

TJU : ClinCard 領卡憑證	
研究名稱： (JeffTrial 編號或 IRB 編號)	
受試者研究 ID：	
W-9 填寫完成情況 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否* 完成日期： ____/____/____	是否向患者提供 ClinCard ? <input type="checkbox"/> 是 ClinCard 或標誌號碼的最後 4 位數字： _____ <input type="checkbox"/> 替換卡 <input type="checkbox"/> 否 (如否，請說明原因)
例外情況說明：	
受試者姓名：(正楷書寫)	
受試者簽名：	
協調員姓名：(正楷書寫)	
協調員簽名：	

- 如果參與者拒絕填寫 IRS W9 要求表，將無法獲得補償。他們仍然可以參加研究，但不能向他們發放款項。