

TJU: ClinCard 영수증	
연구명: (JeffTrial# 또는 IRB#)	
실험 대상자연구 ID:	
W-9 완료 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 * 완료 날짜: ____ / ____ / ____	환자에게 ClinCard 가 제공되었습니까? <input type="checkbox"/> 예 ClinCard 의 카드 번호 마지막 4 자리 또는 교환권 번호: _____ <input type="checkbox"/> 교체 카드 <input type="checkbox"/> 아니오('아니오'의 경우, 자세한 내용을 기재하십시오)
예외 사유:	
실험 대상자 성명: (인쇄체)	
실험 대상자 서명:	
코디네이터 성명: (인쇄체)	
코디네이터 서명:	

- 참가자가 IRS W9 요구사항 수행을 완료하지 않은 경우, 사례금을 받을 수 없습니다. 연구에 계속 참여할 수는 있으나, 비용 지급은 불가합니다.