**대상자 교통비 영수증**

* 기본정보

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 시험책임자 |  | IRB No. |  |
| 의뢰사 |  | Screening No. |  |
| 연구제목 |  |
| 방문차수 | 방문날짜 | 금액  | 대상자 서명 |
|  |  |  |  |

* 기타소득 신고사항

|  |  |
| --- | --- |
| 대상자(소득자)성명 |  |
| 대상자 주민번호 |  |
| 대상자 주소 |  |
| * \*기타소득이 125,000원을 초과하는 경우 “기타소득 지급액 × 8.8%”를 원천징수(지방소득세 포함)
 |

※첨부서류 : 신분증 사본

* 입금정보
1. 본인 수령시

|  |  |
| --- | --- |
| 예금주 |  |
| 입금은행 및 계좌번호 | ( ) |

※첨부서류 : 통장사본

1. 대리인 수령시

|  |  |
| --- | --- |
| 예금주 |  |
| 입금은행 및 계좌번호 | ( ) |
| 대상자와의 관계 |  |
| **임상시험 대상자가 ‘만 14세 미만의 미성년자, 질병, 장애, 노령 등의 사유’로 인해****대상자 본인의 계좌지급이 불가하여 법정 대리인 자격으로 대신 수령합니다.**법정 대리인 성명 : (인) |

※첨부서류 : 대리인과의 관계증명서류 또는 위임장, 신분증사본, 통장사본