

TJU: ClinCard 领卡凭证	
研究名称： (JeffTrial 编号或 IRB 编号)	
受试者研究 ID:	
W-9 填写完成情况 <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 或标志号码的最后 4 位数字: _____ • <input type="checkbox"/> 替换卡 <input type="checkbox"/> 否 (如否, 请说明原因)
例外情况说明:	
受试者姓名: (正楷书写)	
受试者签名:	
协调员姓名: (正楷书写)	
协调员签名:	

- 如果参与者拒绝填写 IRS W9 要求表, 将无法获得补偿。他们仍然可以参加研究, 但不能向他们发放款项。