

臺北榮民總醫院細胞治療技術案審查申請書

v1.0

一、申請表		收件日期/編號	
申請人		職稱	
申請機關		申請單位	
電話/傳真號碼		行動電話號碼	
聯絡地址			
E-mail			
細胞治療技術 項目/適應症			
申請目的	☐ 「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」附表三之細胞治療技術 ☐ 「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」非附表三之細胞治療技術 ☐ 其他目的 _____		
檢附文件	☐ 細胞治療技術申請計畫書，一式二份。 ☐ 中央主管機關公告特定細胞治療技術相關之訓練課程證明 ☐ 曾參與施行與特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法附表三所定特定細胞治療技術相關之人體試驗核准文件 ☐ 其他檢附文件_____		
計畫聯絡人		職稱	
電話/傳真號碼		行動電話號碼	
E-mail			

申請人簽章：_____日期：____年____月____日