

台北榮總核醫部暨正子中心病患資料 複製同意書

茲本人因_____醫師所執行_____

臨床實驗計畫需要，擬向核醫部申請影像資料拷貝，醫師已向本人解釋其目的與資料收集、處理及利用的範圍，本人同意將核醫檢查資料交由臨床醫師處理。

日期期間	
檢查項目	

此致

台北榮民總醫院核醫部

同意人姓名：_____簽章
身分證字號：_____聯絡電話：_____
地 址：_____

法定代理人姓名：_____簽章
與同意人關係：_____
身分證字號：_____聯絡電話：_____
地 址：_____

醫師簽名_____簽章

中 華 民 國 年 月 日