

核醫部病患資料複製申請單

病人姓名	病歷號碼	檢查項目	日期	份數

1. 資料申請目的：臨床研究需求 教學需求 其他

說明_____.

2. 資料型態與範圍：

說明_____

※對於申請之資料檔案申請人聲明恪遵下列各事項：

1. 遵守「電腦處理個人資料保護法」及相關法令之規定。
2. 在使用資料或發表時，不因任何理由侵犯個人隱私權及洩漏醫院之業務機密，亦不作為營利之目的及用途。
3. 資料檔案僅提供給共同參與之人員，且負責其監督之相關規定，本人並願意擔負連帶保證責任。
4. 如違反所有相關法令及規定所致一切後果，由申請人負全部責任。

此致

台北榮民總醫院核醫部

申請人簽名：_____

申請日期：中華民國_____年_____月_____日

科主任簽名：

部主任簽名：

承辦人：_____