

**台北榮總核醫部暨正子中心病患資料
複製申請書**

檢查日期	病歷號碼	病患姓名	檢查名稱	個案代號 (研究)	備註

申請用途：

研究計畫 計畫代號：_____ 計畫主持人(簽章)：_____

計畫名稱與期間：_____

其 他 說明：_____

恪遵下列事項：

1. 請附病患同意書(檢查前已簽同意書則免)。
2. 遵守「電腦處理個人資料保護法」及相關法令規定。
3. 本申請書僅提供臨床研究計畫病患資料光碟複製；請計畫主持人同意後提出申請。
4. 申請人確實授權辦理本項業務，不因任何理由侵犯個人隱私及洩漏醫院業務機密，願負保管之責，如有虛假、偽冒，願負法律責任，並願賠償台北榮民總醫院因此所衍生之一切損失。

申請人：_____ (簽章)

身分證字號：_____ 聯絡電話：_____

中華民國_____年_____月_____日

備註：

1. 收費標準:依核醫一般病患拷貝光碟收費。
2. 若需特別處理(病患姓名、病歷號刪除)，請事先提出；處理工作天約3至5天
3. 聯絡方式 核醫部電話 7301 轉 223 :徐景龍放射師
正子中心電話 7301 轉 321:楊邦宏放射師

承辦人：_____