附件 2.臺北榮總核醫部暨正子中心

臨床實驗計畫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影像資料交由臨床醫師處理。

日期		病歷號碼	
計畫名稱		計畫主持人	
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：_____

申請醫師:_____簽章

中　華　民　國　　年　　月　　日