附件 3.臺北榮總核醫部暨正子中心病患資料

臨床試驗醫師複製申請書

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 □臨床試驗計畫

IRB 編號:_____

計畫代號: _____

計畫名稱與期間：_____

恪遵下列事項:

1. **請附病患同意書(檢查前已簽同意書則免)，並完成下表審核同意流程表。**
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:核醫部總機 7301 核醫影像(徐景龍放射師) 正子影像(楊邦宏放射師)

計畫主持人簽章	資訊組簽章	造影組簽章	核醫科主任簽章	核醫部主任簽章