

臺北榮民總醫院病理檢驗部

剩餘檢體臨床研究申請表

計劃名稱															
人體試驗委員會編號	<input type="checkbox"/> IRB #:	<input type="checkbox"/> 申請中													
主持人(簽名)		申請日期													
單位		職稱													
聯絡電話		Email													
合作科主任或醫師	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 核章：_____														
檢體種類	<input type="checkbox"/> 組織蠟塊 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿液 <input type="checkbox"/> 其他：_____														
是否具受試者同意書	<input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 無 (若無請檢附 IRB 同意免除知情同意相關文件)														
↓ 檢附下列文件 <input type="checkbox"/> 該臨床試驗經本院人體試驗委員會審查認可之書函影印本。 <input type="checkbox"/> 該人體試驗計畫書影印本(請標示出與本次檢體申請相關部分)。 <input type="checkbox"/> 病人同意簽署書影本(每次領取繳交)。 (若無病人同意簽署書，請檢附 IRB 同意免除知情同意相關文件)															
↓ 分送病理檢驗部各科承辦人： <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 外科病理科</td> <td>：潘競成</td> <td>聯絡電話：89570/2106</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 核心檢驗科(一般檢)：</td> <td>吳潔曦</td> <td>聯絡電話：3216</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 核心檢驗科(中央檢)：</td> <td>李民安</td> <td>聯絡電話：7464</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 感染症檢驗科</td> <td>：李嘉凌</td> <td>聯絡電話：7109</td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> 外科病理科	：潘競成	聯絡電話：89570/2106	<input type="checkbox"/> 核心檢驗科(一般檢)：	吳潔曦	聯絡電話：3216	<input type="checkbox"/> 核心檢驗科(中央檢)：	李民安	聯絡電話：7464	<input type="checkbox"/> 感染症檢驗科	：李嘉凌	聯絡電話：7109
<input type="checkbox"/> 外科病理科	：潘競成	聯絡電話：89570/2106													
<input type="checkbox"/> 核心檢驗科(一般檢)：	吳潔曦	聯絡電話：3216													
<input type="checkbox"/> 核心檢驗科(中央檢)：	李民安	聯絡電話：7464													
<input type="checkbox"/> 感染症檢驗科	：李嘉凌	聯絡電話：7109													
執行期間		估計病例數	_____例												

以下由病理檢驗部填寫

病理檢驗部編號			
審查結果：	<input type="checkbox"/> 通過		<input type="checkbox"/> 不通過
理由：			
審查人(核章)		日期	