臺北榮民總醫院病理檢驗部

人體研究檢體檢驗申請表

|  |  |
| --- | --- |
| 研究計畫名稱 |  |
| 研究計畫編號 |  |
| IRB編號 |  |
| 主持人/職稱/服務單位/電話 |  |
| 檢驗項目/數量 |  |
| 預計執行時程 |  |
| 報吿取回方式 |  |
| 剩餘檢體處理方式 | * 專人取回 □ 受檢單位銷毀 |
| 檢附文件 | 1. 本院人體試驗委員會同意臨床試驗/研究證明書影本 2. 病理檢驗部同意書影本 |
| 檢驗費用 | 本院同仁計畫依健保價定價收費，無健保價項目以自費定價收費。若為開發新的檢測項目，需符合部的利益，根據檢測成本評估後，依雙方議定之費用收費。 |
| 繳費方式 | * 院內轉帳 □ 受檢單位開立繳費單至出納組繳費 |
| 主持人簽署；日期： |  |
| 聯絡人姓名/電話 |  |

以下由病理檢驗部審核

|  |  |
| --- | --- |
| 科主任意見 | * 同意 * 不同意 理由：   核章： |