

## 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	
報告取回方式	
剩餘檢體處理方式	<input type="checkbox"/> 專人取回 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 院內轉帳 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 同意  <input type="checkbox"/> 不同意 理由：  核章：_____
-------	---