**國泰財團法人綜合醫院**

**臨床試驗病歷資料複製申請書**

**IRB編號: 申請日期: 年 月 日**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 計畫主持人簽章 |  | 申請用途 |  |
| 申請人/職稱 |  | 連絡電話 |  |
| 領取人簽章 |  | 領取日期 |  |
| 臨床試驗中心簽章 |  | 日期 |  |
| 病歷組簽章 |  | 日期 |  |
| 病人姓名 | 病歷號碼 | 複製日期 | 金額(病歷室填寫) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 合計 |  |  |  |

＊領件時繳費，基本費100元(10張以內)，第11張起每張加5元