國泰醫療財團法人國泰綜合醫院

**個案報告審查申請表 *(藍色斜體字為撰寫說明，送審時請刪除)***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本院案號 | CGH-P | | | 申請日期 | 年 月 日 | |
| 計畫名稱 | 中文 |  | | | | |
| 英文 |  | | | | |
| 計畫主持人 | 中文姓名： | | | 英文姓名： | | |
| 服務機構/單位： | | | 職稱： | | |
| 聯絡電話： | | | E-mail： | | |
| 執行研究期間 | IRB許可書核准日 至 民國　　年　　月　　日 | | | | | |
| 研究對象人數 | (國內 人，本院 人) | | | | | |
| 經費贊助者 | □　無 □　有，名稱： | | | | | |
| 研究成員 | 姓名 | | 單位 | 電話/分機 | e-mail | |
| 共/協同主持人 | *(請自行增加欄位，不適用者請刪除此列)* | |  |  |  | |
| 研究助理/護士 | *(請自行增加欄位，不適用者請刪除此列)* | |  |  |  | |
| 聯絡人 |  | |  |  |  | |
| 相關文件 | 中文摘要  (或計畫書) | | 同意書 | 問卷 | 訪談內容 | 其他 |
| 版本 |  | |  |  |  |  |
| 生效日期 |  | |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 本計畫是否(已/將)在其它單位送審 | □ 無  □ 有（哪些單位及其審查結果︰ ）  □ 規劃中（預定哪些單 | | |
| 研究設計 | □ 個案對照研究 □ 描述性研究（無對照組研究）  □ 世代族群研究 □ 病例報告 □其他（請說明）： | | |
| 研究對象 | □ 正常人 | □ 病患 | □ 其他， 說明\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 研究對象特徵 | 年齡範圍：\_\_\_\_\_\_\_\_歲～\_\_\_\_\_\_\_\_歲 | | |
| □ 請說明： (弱勢團體須排除) | | |