**國泰醫療財團法人國泰綜合醫院**

**申請非編制人員協助執行臨床研究案識別證送件核對單 (本清單請置於首頁)**

□新申請　　　　　□換證 (原證編號: )

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請人: | | 申請日期: 年 月 日 | |
| 臨床試驗計畫主持人/科部: | | 本院IRB案件編號: | |
| 臨床試驗計畫名稱: | | | |
| 申請者應檢附資料(請依下列文件依序放置並勾選已檢附之申請資料) | | | |
| 項次 | 表單 | | 收件人確認欄 |
| 1 | 國泰醫院非編制人員協助執行臨床研究案之識別證申請表 | |  |
| 2 | 臨時識別證責任擔保切結書 | |  |
| 3 | 1吋脫帽半身照片1張  ※請於背面填寫姓名。 | |  |
| 4 | 本院人體試驗委員會同意函影本  ※換證者請繳交有效期限內之持續審查核准函。 | |  |
| 5 | 勞工體檢切結書或體檢報告影本(擇一)  ※體檢日期需為3年內。 | |  |
| 6 | 臨床研究相關教育訓練證明文件影本(含利益衝突、病歷隱私保護課程) | |  |
| 7 | 專科證書影本  ※如護理師證書、治療師證書等。 | |  |
| 8 | 身分證正反面影本及最高學歷畢業證書影本 | |  |
| 9 | 識別證工本費100元  ※如需開立發票須再加收5%稅額 | |  |
| 送件地點:台北市仁愛路四段296號B1『人體試驗審查委員會』辦公室。  收件時間：星期一至星期五08:30 ~ 17:30。 | | | |
| 收件人簽章: 日期: | | | |

**國泰醫療財團法人國泰綜合醫院**

**非編制人員協助執行臨床研究案之識別證申請表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **(臨床研究人員識別證)**  一、申請執行之臨床研究案件資料：  1. 本院案件編號(檢附影本)：  2. 計畫名稱：  3. 計畫主持人： 連絡電話：  4 研究預計執行期間： 年 月 日- 年 月 日  二、申請人基本資料：(請準備1吋照片1張並於照片背面書寫姓名以利識別證製作)   1. 中文姓名： 英文姓名： 2. 出生年月日：民國 年 月 日 3. 最高學歷： 畢業學校： (請檢附畢業證書影本) 4. 專業證書(請檢附證書影本，如護理師證書等)：□無 □有，證照名稱 5. 院內聘用工作人員(若符合此項者，則**不需填寫6. 院外機構聘用工作人員**)：   單位： 職稱：  聘雇期間： 年 月 日- 年 月 日  聯絡方式：電話：(O) (Mobile)：  E- mail：   1. 院外機構聘用工作人員：   機構名稱： 職稱：  院外聘用單位主管姓名： /簽章： /日期：  聘雇期間： 年 月 - 年 月  聯絡方式：電話：(O) (Mobile)：  E- mail：  三、換證理由（不適用免填）：  四、申請人如遇單位異動或離職情形，請主動聯絡人體試驗審查委員會，並繳回核發之識別證。  五、申請人於協助執行臨床研究案時，應遵守相關法令規定及藥品優良臨床試驗規範，若有違反規定  情事，國泰醫院得立即回收識別證，且本人不得再於國泰醫院工作。  六、有任何問題歡迎諮詢本會：02-2708-2121分機6990、6984、6980 ／irb@cgh.org.tw | | | | | |
| 申請人簽名  或蓋章及日期 |  | 計畫主持人簽名或蓋章及日期 |  | 科部主管簽名  或蓋章及日期 |  |