**天主教輔仁大學附設醫院**

**研究資料申請表**

檔案編號：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請單位及人員 | / | 職稱 |  |
| 申請日期 | 民國 年 月 日 | 單位主管簽章 |  |
| 申請依據**(請列附件)** | □臨床研究計畫申請案經IRB 審查通過□簽呈或公文，說明： 。 |
| 申請目的**（請摘述）** |  |
| 申請資料細目名稱及內容摘要**（務必詳填資料欄位）** |  |
| 會辦單位 |  | 會辦單位主管簽章 |  |
| 如需申請其他單位資料，請填寫會辦單位。 |
| 審核結果 | □同意 。 (務請遵守保密原則，不可將資料外流)□部分同意。 定同意事項辦理)。□不同意。理由： 。 |
| 審核單位 |  | 審核單位主管簽章 |  |
| 督導副院長 |  | 院 長 |  |

※如會辦單位較多，請自行增加會簽位置，並請會辦單位主管審核完畢請將正本送回資訊室。