**感染管制中心 資料申請/修改單**

|  |
| --- |
| **需 求 描 述**(申 請 者 填 寫) |
| 申請者姓名： 申請單位： 申請日期：  聯絡電話： 信箱： |
| 目的：  1. 有無要作研究發表： (必填)  □無 □有，要做研究發表  2. 有無申請IRB，是否核可： (必填)  □已申請核可 □送審中 □無申請(請說明：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  3. 申請範圍： (必填)  □單一單位(科室或病房) □全院性  資料用途： (必填，請**單**選)  健保品質 □ 醫療照護 營運管理 □ 評鑑資料 單位需求  學術研究(計畫編號： ；計畫名稱： )  臨床試驗(試驗編號： ；試驗名稱： ；合作廠商： )  專案管理(專案名稱：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  其他：  申請理由：  需求項目說明：  希望完成日期： 年 月 日   * **本人 親 筆 簽 名 茲同意，資料處理需符合IRB規定，如有違誤自負法律上責任，離職後亦同。** |
|
| 申請單位主管**親筆簽名**： |
| **可 行 性 分 析**(感 管 中 心 填 寫) |
| 審核意見及結果：  □同意申請  □不同意申請 ，理由：  1. □收集目的與申請資料不符合  2. □非公務使用  3. □研究用但無IRB許可函  4. □其他：  審核人員簽名/日期： |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 行政院 | 國軍退除役官兵 | 臺中榮民總醫院保密切結書 | | | | 輔導委員會 | | 公司：臺中榮民總醫院 | | | | □資 訊 專 業 人 員  □ 使用人員 | | 地址：台中市西屯區臺灣大道四段1650號 | | | | | 具保密切結人： | | | 民國 年 月 日起 | | | 本院(負責 業務)，對於業務上所知悉、持有之機密資料、程式及其檔案、媒體等，絶對保守機密，不得對外渲洩，如有違誤願負法律上責任，離職後亦同。 | | | | | | 具切結書人： (蓋章) | | | | | | 卡 號： | | | | | | 地 址： | | | | | | 身分證字號： | | | | | | 中華民國 年 月 日 | | | | | |