**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 |

 |