**臺中榮民總醫院臨床試驗中心**

**空間設備使用申請送件核對單**

（本清單請置於送審文件之首頁）

|  |
| --- |
| **本院IRB案號：** |
| **計畫主持人：** | **單位：** |
| **計畫案名稱：** |
| 請勾選您已備妥之申請文件，並依下列順序放置及以側標註明各文件： |
| **項次** | **表單** | **送件人確認欄** | **備註** | **收件人確認欄** |
|  | 中心「空間設備使用申請送件核對單」正本1份(必備) |  |  |  |
|  | 中心「空間設備使用申請表」正本1份(必備) |  |  |  |
|  | 本院IRB最新許可函影印本1份(必備) |  |  |  |
|  | 計劃核定清單 |  | 未與本中心簽約之臨床試驗計畫請檢附(如：院內計畫、國科會計畫、衛服部計劃….) |  |
|  | 空間儀器設備使用切結書 |  | 申請檢體處理室請檢附 |  |
|  | 其他： |  |  |  |
| 送件地點：臺中市西屯區臺灣大道四段1650號研究大樓3樓315B臨床試驗中心辦公室聯絡電話：(04) 23592525分機4784 電子信箱：tcvghcrc@vghtc.gov.tw  |
| 送件人簽章及日期： |
|  |
| □ 文件不足，需補件之項次為：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□ 確認送件資料無誤臺中榮民總醫院臨床試驗中心 收件人簽章及日期： |

**臺中榮民總醫院 臨床試驗中心**

 **空間設備使用申請表**

1. 本院IRB編號：
2. 使用單位：
3. 計畫主持人：　　　　　　　　　　 電子郵件：

 聯絡電話：　　　　　　　　　　　 手機號碼：

1. 計畫案類型：

□廠商委託執行 □院內計劃 □國科會計劃 □國衛院計劃 □衛福部計劃

□產學計劃 □其他

1. 請勾選需使用之空間及填寫相關資訊：

|  |  |
| --- | --- |
| □會談室 | □檢體處理室 |
| 採預約制，提供本中心試驗案研究人員篩選、訪談、追蹤個案時可使用之空間。**預約路徑：****員工入口網>行政>場地預約>臨床試驗中心-會談室** | 處理項目：□血液 □尿液 □其他：　　　　　　　　　□離心機□檢體儲存(請放置於檢體紙盒內)：　A.儲藏溫度：□4℃冷藏 □-20℃冷凍 □-80℃冷凍　B.存放空間：預計申請冰箱檢體存放空間為　　盒　C.存放期間：　 　年　 　月　 　日至　 　年　 月　 　日**註：1.本中心僅提供檢體送檢之前置作業，不提供檢體永久保存，請於存放期間屆期三個月內自行清除。2.申請檢體處理室請檢附【空間儀器設備使用切結書】** |

1. 使用者資訊：

　　　 申請使用人：　　　　　　　　　　　 卡號：

 職稱：　　　　　　　　　　　　 電子郵件：

 聯絡電話：　　　　　　　　　　　　 手機號碼：

\*檢體處理室-緊急聯絡人(24H)：　　　　　　　　　　職稱：

 聯絡電話：　　　　　　　　　　 手機號碼：

**計畫主持人： (簽章) 日 期： 年 月 日**

※以下表格由本中心填寫

|  |
| --- |
| **審查結果：**□ 會談室已開通。□ 檢體處理室已開通。4℃儲位:　　　　 　-20℃儲位:　　 　 　　-80℃儲位:　　 　　 　□ 不通過。原因：　　　　　　　　　　　　　審查人員：　　　　 　　　 　　　 　　　　　單位主管：　　　　　　 　　　　　  |

台中榮民總醫院 臨床試驗中心

儀器/設備使用切結書

一、立切結書人 （以下簡稱本人）僅代表 單位， 經貴中心同意自 年 月 日至 年 月 日，使用臨床試驗中心之

* 設備/儀器：□-80℃凍箱 □-20℃凍箱冰箱 □4℃檢體冰箱

 □高速冷凍離心機 □肺功能分析儀

二、本人同意隨時注意及維護所使用之設備，保證不擅自拆卸或移動。若使用之相關設備發生短缺或損壞，本人願負所有賠償之責任。

三、使用期間若發生任何傷亡或其他意外事件，由本人負完全責任。

四、本人同意遵守臨床試驗中心「臨床試驗儀器設備管理程序書」之使用規範，若有任何違規，本人願意負完全責任。

|  |  |
| --- | --- |
| 立切結書人： |  |
| 身分證字號： |  |
| 聯絡電話： |  |
| 地 址： |  |
| 申請日期： |  年 月 日 |
| 以下由本中心填寫中心承辦人員： 日期： 年 月 日 |