臺中榮民總醫院 過敏免疫風濕科實驗室

 文件影本申請單 編號：QP0301R8-

| **申 請 人 填 寫** | 申請單位： | 申請單位主管(核章)： |
| --- | --- | --- |
| 申請日期：20 / / | 申請人： | 聯絡電話： |
| E-mail：  |
| 申請用途 | * 醫療用途/委外代檢
 | * 院內研究計畫
 | * 臨床試驗研究
 |
| * 其他：
 |
| **繳款收據抬頭： 統一編號：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**收費說明：如申請TAF證書影本用途屬**「臨床試驗研究」**使用，需繳證書費5,000元，由本實驗室開立「繳款通知書」，申請人持繳款通知書至本院「出納組」繳費後，持「第二聯」至本實驗室，方可領取申請文件。如已繳費欲取消申請，恕無法辦理退費。 |
| 文件名稱(可複選) | □TAF ISO15189中文認證證書影本□TAF ISO15189英文認證證書影本□實驗室主管英文CV□檢驗值參考區間(請自行製作表格，實驗室審核內容)□其他：  |
| 範圍/頁次(證書影本免填) |  |
| 用途證明文件影本 | * 有：IRB許可書，編號：

其他文件名稱： * 無
 |
| **實驗室填寫** | 收件日期 | 20 / / | 經辦人 |  |
| 審核 | * 同意（□需收費5,000元 □不需收費）
* 請補足證明文件：
* 非相關作業，歉難同意
 |  |
| 結案日期 | 20 / / | 影（複）本交付簽收 | 20 / / |
| 備註欄 | 1. 有效證書影本：正面有指定用途浮水印、科章、科主任核章。
2. 業務承辦地點：門診後棟3樓 過敏免疫風濕科實驗室
 |

 **品質主管： 實驗室主管： 科主任：**