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：**