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：**_____