

臺中榮民總醫院醫學研究部

特殊基因改造(缺陷)品系實驗動物之轉讓暨再使用申請表

一、轉讓者資料

申請人：_____ 職稱：_____ 單位：_____ 電話：_____

聯絡人：_____ 電話：_____

IACUC Animal Use Protocol No. _____ Approval date. _____

二、轉讓動物資料：

種類	品系	性別	隻數	年齡 (週)	預計移 出日期	原飼養 位置	動物是否健康 適合轉讓
							<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 需再特別照護
							<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 需再特別照護
其他動物相關資訊： 1.動物為： <input type="checkbox"/> 免疫健全 <input type="checkbox"/> 免疫缺陷 2.基因改良動物，基因改變模式為： <input type="checkbox"/> 轉殖； <input type="checkbox"/> 剔除； <input type="checkbox"/> 嵌入； <input type="checkbox"/> 其他：							
其他事項說明：							

計畫主持人簽名(親簽)：_____ 日期：_____

三、受讓(接受)者資料

接受人：_____ 職稱：_____ 單位：_____ 電話：_____

聯絡人：_____ 電話：_____

IACUC Animal Use Protocol No. _____ Approval date. _____

預計移入日期：	預計飼養位置：
簡述計畫中可能對動物試驗之處理/手術：	

受讓(接受)者已確實評估轉讓動物之健康狀況。

計畫主持人簽名(親簽)：_____ 日期：_____

獸醫師評估：同意不同意；說明：

獸醫師簽名(親簽)：_____ 日期：_____

動物室管理人簽名(親簽)：_____ 日期：_____

IACUC 召集人簽名(親簽)：_____ 日期：_____