行天宮醫療志業醫療財團法人 恩主公醫院

非本院人員申請電子病歷閱覽權限登錄申請表

<table>
<tr><td colspan="3">本院 IRB 案件編號：</td><td colspan="2">申請日期：　年　月　日</td></tr>
<tr><td>申請人</td><td>（簽名）</td><td>機構名稱：
職稱：</td><td colspan="2">聯絡電話：
E-mail：</td></tr>
<tr><td>試驗
主持人</td><td colspan="2">（簽名）</td><td>申請科別
科主任</td><td>（簽名）</td></tr>
<tr><td>計畫
名稱</td><td colspan="4">中文：
英文：</td></tr>
<tr><td rowspan="2">相關證明
文件</td><td colspan="4">□IRB 有效期限核准函</td></tr>
<tr><td colspan="4">受試者病歷號和姓名：(或以附件檔明細提供)</td></tr>
<tr><td>教研部</td><td colspan="4">承辦人簽章：　　收件日期：　年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="5">※申請流程:申請人填寫本表單→試驗主持人→教研部→病歷課。</td></tr>
<tr><td rowspan="2">會
辦
單
位</td><td rowspan="2">病歷課</td><td colspan="3">□同意配合
開放時間：____年____月_____日至____年____月_____日止
開放地點：復興大樓 B1 病歷課
聯絡電話：(02)2672-3456#7001
□其他意見 _____</td></tr>
<tr><td colspan="3">審核人簽章：</td></tr>
</table>