

高雄醫學大學附設中和紀念醫院 護理部

委託護理部檢體收集申請表

編號：

申請人	姓名：	<input type="checkbox"/> 高醫大、_____					
	職編：	機構/單位： <input type="checkbox"/> 高醫附院、_____					
	職稱：	<input type="checkbox"/> 本院代審合約醫院：_____					
聯絡窗口	姓名：	電話：					
	E-Mail：						
計畫名稱：(中/英文)							
計畫 IRB 編號：							
預計收案期間 自 民國 年 月 日 至 民國 年 月 日 (計畫執行期間)							
※護理部不負責檢體運送							
預計收案單位：							
預計收案人數：							
委託採檢項目 (c.c.數請填寫單次採檢之總採檢量範圍；採檢次數請填寫每位收案對象之預計採檢次數。)							
序號	項目名稱	c.c.	次數	序號	項目名稱	c.c.	次數
1	血液			4			
2	尿液			5			
3	糞便			6			
註：血液 每次 100 元，尿液/糞便 每次 20 元。							
具備文件： <input type="checkbox"/> 計畫書/計畫摘要； <input type="checkbox"/> 人體試驗委員會證明書(IRB)； <input type="checkbox"/> 行政審查費繳費收據							
<h3>行政審查費收據黏貼處</h3>							
備註：							
<ol style="list-style-type: none"> 行政審查費用 1000 元，請先自行憑單至出納繳費，並連同相關文件一併送出申請。 計畫主持人收案時，須出示該計畫案之受試者已簽妥之「受試者同意書」、自備之檢體收集容器、委託護理部檢驗研究項目執行單給予護理人員進行檢體採集。 計畫主持人於收案期間應自行確認 IRB 核准之有效期限；若期限屆滿，應依本院 IRB 規定，自行辦理展延或重新申請作業，始得繼續進行研究相關收案活動。 							