研究收案對象性質：

□ 一般研究(醫療同仁)、□ 一般研究(病患、家屬)、□ 委託檢體採集

| 計畫主持人身分：□高醫體系同仁、□代審合約醫院之正編員工 | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 計畫  主持人 | 姓名： | | 聯絡人 | 姓名： |
| 電話： | | 電話： |
| 信箱： | | 信箱： |
| 計畫名稱  （中文）：  （英文）： | | | | |
| IRB編號：KMUHIRB- | | | | |
| 計畫執行期限：  自IRB通過日起至西元　　年　　月　　日止，預計執行　　年　　月。 | | | | |
| 同意書效期：　　年　　月　　日 至 　　年　　月　　日止。 | | | | |
| 收案內容：**需與人體試驗委員會計畫書內容一致** | | | | |
| 執行機構(地點)： | | | | |
| 收案對象： | |  | | |
| 收案樣本數量：　　 人 | | | | |
| 是否委託護理部協助採集檢體，□否　□是**（請填寫下列項目）**。  採檢地點：  採檢內容：  □血液：每人採檢 次，每次 毫升。（□特殊說明： 。)  □尿液：每人採檢 次，每次 毫升。（□特殊說明： 。)  每人總計採檢總次數 　　　 次。  補充說明**（以上填表若需額外說明，請於下方補充）**： | | | | |
| 行政審查作業繳費收據：   1. 計畫主持人為高醫體系同仁且進行一般研究收案者，可免繳納行政審查作業費。 2. 請檢附行政審查作業繳費收據，並掃描成圖片貼於下方空位處。   行政審查作業繳費收據  圖片檔案放置處 | | | | |