

AF 01-015/09.3 諮詢及輔導申請單
 高雄榮民總醫院人體研究倫理審查委員會
 諮詢及輔導申請單 案號：

計畫編號				
計畫名稱				
研究成員	中文姓名	部門單位	電話/分機	e-mail
主持人				
申請人				
管道	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 當面、現場 <input type="checkbox"/> 透過院外第三者 <input type="checkbox"/> 其他			
問題類型	<input type="checkbox"/> 受試者同意書 <input type="checkbox"/> PTMS 系統操作 <input type="checkbox"/> 法規諮詢 <input type="checkbox"/> 其他：_____			
陳述 (由申請人具體 陳述問題，以利 答覆)				
以下由人委會人員填寫				
受理人員	簽名：_____ 西元 _____ 年 _____ 月 _____ 日			
(副)執行秘書 指示	<input type="checkbox"/> 由秘書處承辦人回覆 <input type="checkbox"/> 轉案給_____委員後續調查處理 <input type="checkbox"/> 其他 <div style="text-align: right;">簽名：_____ 西元 _____ 年 _____ 月 _____ 日</div>			
以下由承辦人依執行秘書指示敘述持續處理摘要				
承辦人 簽名：_____ 西元 _____ 年 _____ 月 _____ 日				

※高榮人體研究倫理審查委員會所有，如需引用請說明引用自本會。