

高雄榮民總醫院病理檢驗部

「ISO15189 認證證書」影印本申請表

文件編號：PLM-QP-0401F08

申請單位 / 聯絡電話		申請日期	
計畫主持人簽章		申請公司 / 聯絡電話	
聯絡人 E-mail			
申請流程及注意 事項	<p>1. 請填寫 TAF 認證申請表，並備齊下列文件：</p> <p>1.1 請註明申請臨床計畫名稱及編號，及申請之檢驗項目(註：請自行利用 EXCEL 檔列表項目)。</p> <p>1.2 請將申請表郵寄或寄至<u>臨床檢驗科 文管人員</u>。</p> <p>2. 病理檢驗部依申請文件備妥後，以 E-MAIL 方式通知領取<u>繳款單</u> (並備齊<u>新台幣 5000 元整</u>)→至本院出納組繳費→憑繳費收據完成後方可領取相關認證文件。(地點：門診大樓三樓 病理檢驗部)</p> <p>3. 經已繳費欲取消申請，恕無辦理退費。本院不接受支票方式處理，可匯款轉帳至出納組(07)342-2121 分機 71403 辦理。</p>		
申請項目 (請勾選)	<p><input type="checkbox"/> TAF 中文認證證書影本(認證證書首頁+申請項目頁)</p> <p><input type="checkbox"/> TAF 英文認證證書影本(認證證書首頁+申請項目頁)</p> <p><input type="checkbox"/> 認證項目</p> <p><input type="checkbox"/> 檢驗室主管英文 CV</p> <p>*申請本部檢驗項目之生物參考區間，請自行製表，並於本部網頁抄錄生物參考區間，如抄錄有誤，以本部網頁公告為主。</p>		
申請理由 (簡要敘述)			
計畫編號			
計畫名稱			

*申請表請列印一頁為限。(上述格式請勿任意變更)

文管人員	丁肇藝 行政助理	電話：78168
主管		
日期	年	月 日