

高雄榮民總醫院臨床試驗計畫研究護理師/助理資料調查表

(同一單位請繳交及填寫在同一份/ 並請一級主管/二級主管在最後 1 頁核章)

一級單位: _____

二級單位(如有): _____

序號	IRB 計畫編號	研究護理師/ 助理姓名	卡號 (如有)	分機/手 機/ email	開始協助此 試驗計畫開 始年月日	聘任廠商資料 (名稱+電話)	計畫主持人請 簽名
1							
2							
3							

二級主管簽章: _____

一級主管簽章: _____ (如有多頁, 請簽在最後 1 頁)

高雄榮民總醫院臨床試驗計畫研究護理師/助理資料調查表
 (同一單位請繳交及填寫在同一份/ 並請一級主管/二級主管在最後 1 頁核章)

一級單位: _____

二級單位(如有): _____

序號	IRB 計畫編號	研究護理師/ 助理姓名	卡號 (如有)	分機或手 機	開始協助此 試驗計畫開 始年月日	聘任廠商資料 (名稱+電話)	計畫主持人請 簽名
4							
5							
6							

二級主管簽章: _____

一級主管簽章: _____ (如有多頁, 請簽在最後 1 頁)

高雄榮民總醫院臨床試驗計畫研究護理師/助理資料調查表

(同一單位請繳交及填寫在同一份/ 並請一級主管/二級主管在最後 1 頁核章)

一級單位: _____

二級單位(如有): _____

序號	IRB 計畫編號	研究護理師/助理姓名	卡號 (如有)	分機或 手機	開始協助此 試驗計畫開 始年月日	聘任廠商資料 (名稱+電話)	計畫主持人請 簽名
7							
8							
9							

二級主管簽章: _____

一級主管簽章: _____ (如有多頁, 請簽在最後 1 頁)

高雄榮民總醫院臨床試驗計畫研究護理師/助理資料調查表
 (同一單位請繳交及填寫在同一份/ 並請一級主管/二級主管在最後 1 頁核章)

一級單位: _____

二級單位(如有): _____

序號	IRB 計畫編號	研究護理師/助理姓名	卡號 (如有)	分機或 手機	開始協助此 試驗計畫開 始年月日	聘任廠商資料 (名稱+電話)	計畫主持人請 簽名
10							
11							
12							

二級主管簽章: _____

一級主管簽章: _____ (如有多頁, 請簽在最後 1 頁)

