

## 高雄榮民總醫院人體研究倫理審查委員會(僅適用於本院員工)

### 免繳交人體研究審查費申請表(無研究經費)

IRB 編號(由 IRB 填寫)	
計畫名稱	
申請審查類別	<input type="checkbox"/> 新案簡易審查 <input type="checkbox"/> 新案完整審查 <input type="checkbox"/> 修正案 <input type="checkbox"/> 新案免審
計畫主持人 (須為本院編制內人員)	姓名： _____ 單位： _____ 職稱： _____

本人同意如計畫經費未來獲得經費補助核准時，本人將依規定主動補繳審查費(完整審查 20,000 元、簡易審查 5,000 元)。

若審查或研究進行中撤案，或未按規定回復被撤案，自願負擔委員審查費用 2,000 元。

計畫主持人簽名： \_\_\_\_\_