

高雄榮民總醫院臨床試驗計畫媒合申請表

收件編號：_____

試驗委託者	
計畫名稱	
收案科別	
試驗類別/階段 (若跨兩期，兩者均勾選)	<input type="checkbox"/> 藥品(Phase <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> 上市後監測 <input type="checkbox"/> 其他：_____) <input type="checkbox"/> 癌症_____癌 <input type="checkbox"/> 非癌症_____
	<input type="checkbox"/> 醫療器材 <input type="checkbox"/> 醫療技術 <input type="checkbox"/> 其他：_____
試驗參與國家	<input type="checkbox"/> 多國多中心： <input type="checkbox"/> 台灣多中心： <input type="checkbox"/> 台灣單中心：_____
填表人：_____ 申請日期：西元 年 月 日 聯絡電話：_____ E-mail：_____	
高雄榮總承辦人員簽收：_____ 收件日期：西元 年 月 日	