

高雄榮民總醫院病理檢驗部

病理檔案資料借閱單(AP-QP-0701F02)

借閱〈調〉單位：_____ 借閱〈調〉醫師簽章：_____

聯絡電話：_____

借出日期：____年____月____日 經手人簽章：_____

歸還日期：____年____月____日 經手人簽章：_____

借出項目：病理切片 細胞學抹片 病理蠟塊 病理報告檔案

病理編號 _____、_____、_____、_____、
_____、_____、_____、共 _____ 片

病理部科主任簽章：_____ 〈本部醫師免此簽章〉

備註：本玻片、蠟塊及報告檔案僅限於診斷或醫學研究，不得做為其他用途。
如因疏失而致發生第三者受害情事，申請醫師應負法律上之一切責任。
另依據研究用人體檢體採集與使用注意事項規定：
檢體保存及處理過程應以編碼，去連結或其他匿名方式為之。

申請醫師簽章：_____ 人體實驗計畫同意編號 (IRB NO) _____

高雄榮民總醫院病理檢驗部

病理檔案資料借閱單(AP-QP-0701F02)

借閱〈調〉單位：_____ 借閱〈調〉醫師簽章：_____

聯絡電話：_____

借出日期：____年____月____日 經手人簽章：_____

歸還日期：____年____月____日 經手人簽章：_____

借出項目：病理切片 細胞學抹片 病理蠟塊 病理報告檔案

病理編號 _____、_____、_____、_____、
_____、_____、_____、共 _____ 片

病理部科主任簽章：_____ 〈本部醫師免此簽章〉

備註：本玻片、蠟塊及報告檔案僅限於診斷或醫學研究，不得做為其他用途。
如因疏失而致發生第三者受害情事，申請醫師應負法律上之一切責任。
另依據研究用人體檢體採集與使用注意事項規定：
檢體保存及處理過程應以編碼，去連結或其他匿名方式為之。

申請醫師簽章：_____ 人體實驗計畫同意編號 (IRB NO) _____