

高雄榮民總醫院臺南分院病理檢驗科
研究合作申請單

存檔編號：_____

申請單位			
申請人		單位/職稱	
計畫主持人		單位/職稱	
研究計畫名稱			
IRB 核准號碼			
研究目的			
所需檢體條件			
所需檢體數量			
病人同意書	<input type="checkbox"/> 需要	<input type="checkbox"/> 不需要	<input type="checkbox"/> 其它
其他說明：			
實驗室主管簽核			