

飛資得醫學資訊分析-申請表

申請人：

電話：

機構：有限責任高雄榮民總醫院員工消費合作社

Email：

單位(部/科)：

申請編號(由飛資得填寫)：

申請日期： 年 月 日

一、論文題目或研究計畫名稱(統計分析用途 論文發表 臨床應用)

二、預約諮詢時段(請列出三個時段，周一至周五上午 9~12 點，若有其他時段的需求亦可先列出)

1. 月 日(星期)，時段：

2. 月 日(星期)，時段：

3. 月 日(星期)，時段：

二、提交資料(數據由申請者事先清理，確認無誤後提交。變項請標註主要分析項目/欄位，例：

W 欄-手術(1)手術(2)、B 欄-死亡(0)/生存(1)、Q 欄-存活時間

四、預期分析項目(請簡述分析項目及統計方法，以及要進行那些數據比較，例：placebo 和 A 藥前後比較，

相關的存活時間/追蹤時間...等，並註明檔案欄位)

無特定統計方法，由分析者建議

※ Meta-analysis、全基因組關聯分析(genome-wide association study)、以及決策樹：需另行報價

五、提供類似研究之參考文獻 2-3 篇(可檢附文獻，若須採用文獻中的分析方法或修正方式，請簡述之)

六、發票資訊

1. 統一編號(無則免填)：
2. 發票抬頭：
3. 發票寄送地址：
4. 發票收件人(若寄到機構。請加註明機構名稱與科部單位)：
5. 發票收件人電話：

洽詢電話 02-2658-2223 轉 126 高小姐 / medstats@flysheet.com.tw

A1