**中山醫學大學附設醫院臨床試驗中心**

**癌症臨床試驗轉介申請表(Referral Form)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請日期： | 年 月 日 | 轉介完成日期： | 年 月 日 |
| 申請者： |  | 連絡電話： |  |
| 出生年月日： | 年 月 日 | 申請者希望  轉介科別 | (請自填) |
| 病況描述 | (得檢送附件加以說明)： | | |
| 臨床試驗中心處理結果： | □轉介至該試驗聯絡窗口： (主持人、試驗名稱)  □轉介至本院癌症防治中心  □轉介至其他機構  □其他，請描述 。 | | |
|
|
|
|
|

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 臨床試驗中心  承辦人 |  | 臨床試驗中心 主管檢核 |  | 癌症防治中心  承辦人 |  |

-----------------------------------------------------------------------------------------

癌症防治中心正本收執聯/臨床試驗中心影本存根