非本院人員申請電子病歷閱覽權限展延申請表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 本院案號：CS | | 計畫書編號： | 申請日期： 年 月 日 |
| 申請人 | （簽名） | 服務機構、單位、職稱：  授權代表人：  (機構用印或授權代表人主管簽名) | 聯絡電話：  傳真：  E-mail： |
| 試驗  主持人 | （簽名） | 聯絡電話：  E-mail： |  |
| 助理  姓名 |  | 聯絡電話：  E-mail： |  |
| 臨床試驗中心登錄 | ※本中心收件時加蓋中心戳章：  IRB有效期限核准函：□是，如附件；□否，請補件後再送或退件  ※承辦人簽章 ： ※收件日期： 年 月 日 | | |
| 資訊室 | 展延帳號密碼  帳號:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  聯絡窗口：資訊室 林政宏 主任 ※收件日期： 年 月 日 | | |
| 病歷室 | □同意  □其他意見  聯絡窗口：病歷疾病分類組 林素真 主任 ※收件日期： 年 月 日 | | |
| 擲回臨床試驗中心 | ※本中心收件時加蓋中心戳章：  留存備查。  ※承辦人簽章 ： ※收件日期： 年 月 日 | | |

※申請流程:申請人填寫本表單→至臨床試驗中心辦理→資訊室🡪病歷室🡪擲回臨床試驗中心留存備查。

※此「電子病歷閱覽權限展延申請表」限原核准之申請人使用，同一公司不同申請者，需個別提出申請。

承辦單位：臨床試驗中心 電話：04-24739595，院內分機：34917，E-mail：cshgcrc@csh.org.tw