

佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院

臨床試驗配合單位服務申請單

申請日期		病歷號													
計畫編號		主持人													
計畫執行期限	自____年__月__日至____年__月__日														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>申請項目</th> <th>備註</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 抽血服務</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 檢體處理費</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 醫檢師服務費</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 其他</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 其他</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				申請項目	備註	<input type="checkbox"/> 抽血服務		<input type="checkbox"/> 檢體處理費		<input type="checkbox"/> 醫檢師服務費		<input type="checkbox"/> 其他		<input type="checkbox"/> 其他	
申請項目	備註														
<input type="checkbox"/> 抽血服務															
<input type="checkbox"/> 檢體處理費															
<input type="checkbox"/> 醫檢師服務費															
<input type="checkbox"/> 其他															
<input type="checkbox"/> 其他															
計畫主持人（簽章）		申請人：													
		連絡電話：													

1. 本申請單一式二份：計畫主持人一份、檢驗科或其他臨床試驗配合單位一份。
2. 抽血服務系指不須院內檢驗之抽血服務。
3. 檢體處理服務包括檢體處理及冷凍一日。
4. 醫檢師服務包括包裝檢體及定點運送。
5. 「其他」項目適用於其他「未涉及醫囑計價轉特約機關記帳」之臨床試驗項目。
6. 本申請單無計畫主持人簽章者，無效。