

三軍總醫院臨床病理科 臨床試驗證書申請方式及注意事項

1. 申請時，先Mail或來電索取或網頁下載申請表格(如附件)，並請依規定填寫申請表格
Mail:chiungtz@mail.ndmctsgh.edu.tw
或電 (02) 87923311 Ext 17258 顏瓊姿 醫檢師
2. 請先確認申請資料填寫及證書規費已備妥再來電或E-mail 聯絡申請事宜
3. 臨床試驗證明文件申請費用：

組套編號	申請項目	費用
1	1.) 實驗室主管英文 CV 2.) 實驗室 Reference Range(申請檢驗項目) 3.) 實驗室 CAP Certificate 影本	5000元
2	1.) 實驗室主管英文 CV 2.) 實驗室 Reference Range(申請檢驗項目) 3.) 實驗室 TAF Certificate 影本	3000元
3	1.) 實驗室主管英文 CV 2.) 實驗室 Reference Range(申請檢驗項目) 3.) 實驗室 CAP Certificate 影本 4.) 實驗室 TAF Certificate 影本	8000元

4. 繳款方式：

- 1.) 現金或信用卡。至醫療大樓1F 掛號櫃檯繳納
- 2.) 臨床試驗中心轉撥。(請於資料申請表之"3)申請單位/公司"欄上之申請單位填寫"臨床試驗中心"字樣)

5. 申請作業時間：週一~週五 09:00~16:30

6. 申請流程：

- 1.) 先索取申請表格(如附件)，依規定填寫申請表格(請註明申請之檢驗項目)並備妥需求文件，並請主持醫師簽章後送臨床病理科檢驗資訊室
- 2.) 申請單位E-mail 通知，確認申請臨床試驗證書
- 3.) 臨床病理科將臨床試驗證書文件備妥後(正常約1週可完成)，將以E-mail 通知繳費取件
- 4.) 至三軍總醫院醫療大樓3F 臨床病理科檢驗資訊室領取證書費用批價單
- 5.) 至醫療大樓1F 大廳掛號櫃檯批價繳費
- 6.) 憑繳費收據領取文件

三軍總醫院臨床病理科 臨床試驗證書申請流程

申請

填寫申請表格

送出臨床試驗證書申請表
(請註明申請之檢驗項目)

1. E-mail 寄發證書費用批價單，通知申請單位繳費(費用批價單未收到者，可至醫療大樓3F臨床病理科檢驗資訊室(H03169)補列印)
2. 或通知臨床試驗中心轉撥及通知申請單位領件

繳費

至醫療大樓 1F大廳 掛號櫃檯批價繳費
(臨床試驗中心轉撥者此步驟省略)

取件

憑繳費收據 至醫療大樓3F 臨床病理科
檢驗資訊室(H03169)領取文件

【附件_申請表格】

1. 建案申請表：此表須請計劃主持醫師簽章後，正本送至臨床病理科檢驗資訊室

臨床病理科 院內/外 研究計劃 建案申請表

【附表3】代檢合約申請表

表單編號：TSGH.CP.Q40530018C

1) 申請日期： 年 月 日		研究代檢管理編號： (臨床病理科填寫)		
2) 計劃名稱：				
3) 計劃主持人：		4) 預計實施期間：		
5) 申請單位/科別：		6) 申請人： 聯絡電話：		
7) 計劃編號： IRB編號：		8) 檢附文件需求： <input type="checkbox"/> 1. 計劃書封面影本(含名稱及編號) <input type="checkbox"/> 2. IRB影本		
9) 送檢執行路徑(請勾選)： <input type="checkbox"/> 1. 醫師於診間開立健保或自費臨床病理科檢驗申請，由病人自行繳費後檢測。 (勾選此路徑者，請填寫下方"預計執行檢測品項明細") <input type="checkbox"/> 2. 希望與臨床病理科建立研究代檢流程，整批或單獨送檢，整批定期結報繳費。 (勾選此路徑者，請另填寫"臨床病理科外接院內/外研計劃代檢申請表")				
備註： 1. 本申請單的用途：服務合約；臨床病理科檢測參考值或認證證明書申請查核參考用。第一次申請者必填 2. 欲申請檢測參考值或認證證明書者，須另填具"臨床病理科資料證明申請表"。 3. 檢驗品項之健保碼不清楚者，可免填健保碼。 4. 本申請單須請計劃主持醫師簽章				
10) 預計執行檢測品項明細				
	健保碼	檢測品項名稱	健保碼	檢測品項名稱
1			16	
2			17	
3			18	
4			19	
5			20	
6			21	
7			22	
8			23	
9			24	
10			25	
11			26	
12			27	
13			28	
14			29	
15			30	

申請人
簽章：_____

醫師
簽章：_____

臨床病理科
經辦人簽章：

臨床病理科
主任簽章：

2. 資料申請表

臨床病理科 資料證明申請表

【附表6】代檢證明申請表

表單編號：TSGH.CP.Q40530018F

1) 申請日期： 年 月 日		研究代檢管理編號： (第1次申請由臨床病理科填寫，第2次申請請自行填寫)	
2) 計劃主持醫師姓名/科別：			
3) 申請單位/公司： 繳費方式：(請勾選) <input type="checkbox"/> 臨櫃繳費 <input type="checkbox"/> 臨床試驗中心轉撥		4) 申請人： Mail： 聯絡電話：	
5) 計劃編號： IRB編號：		★領取者簽名/日期：	
6) 欲申請項目(請勾選)：請務必填寫檢驗參考值申請品項 <input type="checkbox"/> 1. CAP認證證明書影本、主管英文CV、檢驗參考值(Reference Range) <input type="checkbox"/> 2. TAF認證證明書影本、主管英文CV、檢驗參考值(Reference Range) <input type="checkbox"/> 3. CAP +TAF認證證明書影本、主管英文CV、檢驗參考值(Reference Range)			
備註： 1. 請務必填寫申請檢驗品項明細資料。 2. 已有建案者，進行第二次資料申請時，僅須填具此資料申請單，並於右上方”研究代檢管理編號”填上第一次申請時本科所給予的”研究代檢管理編號”。 3. 非本科檢測品項將不予提供本科所有認證證明文件及參考值資料			
7) 檢驗參考值申請品項明細			
	檢測品項名稱		檢測品項名稱
1		16	
2		17	
3		18	
4		19	
5		20	
6		21	
7		22	
8		23	
9		24	
10		25	
11		26	
12		27	
13		28	
14		29	
15		30	
核驗人員 簽章/日期：		核發人員 簽章/日期：	
主任 核閱簽章：			