


國立成功大學醫學院附設醫院人體研究倫理審查委員會

臨床個案報告(Case Report)審查申請書

計 畫 名 稱	中文：	
	英文：	
申請人	姓名：	英文姓名：
	單位：	職稱：
	聯絡電話：	E-mail：
申請事由：		
		
科部主管簽章、意見(以校部名義申請者，需加蓋研發處章)：		
主任委員核閱，並 <input type="checkbox"/> 同意/ <input type="checkbox"/> 不同意製發臨床個案報告證明書：		

※請注意：本會對於案件所屬之類別保有最後審核權。

1. 送審文件檢核

內容項目	勾選送審文件
(1)臨床個案報告審查申請書	<input type="checkbox"/>
(2)投稿文章書面資料	<input type="checkbox"/>

2. 申請人聲明：此份個案報告符合下列條件

- (1) 純粹為個案報告，無新醫療技術、新藥品或新醫療器材介入，也未涉及任何介入性研究 (research intervention) 或與任何研究計畫 (research protocol) 相關。
- (2) 研究計畫為三個以下之個案報告且不涉及統計分析，非屬人體研究範疇。
- (3) 此文章發表內容未呈現受試者可辨識之個人資訊或圖像，不影響個案之隱私與任何權益。
- (4) 以上資料已由本人確保內容正確。若有不實或蓄意隱瞞，願負法律上應負之責任。

計畫主持人簽名：_____ 日期：_____年____月____日

NCKUH IRB
服務·效率·團隊·卓越

人倫會收件日期：_____

以下由人體研究倫理審查委員會填寫

初審結果	<p>一、審查者與此案是否有利益衝突須迴避：</p> <p><input type="checkbox"/> 無</p> <p><input type="checkbox"/> 有；請說明：_____</p> <p>二、計畫申請類別</p> <p><input type="checkbox"/> 同意臨床個案報告審查</p> <p><input type="checkbox"/> 不同意臨床個案報告審查</p> <p><input type="checkbox"/> 其他建議：_____</p>
初審意見 (初審結果與申請類別 不同時，請務必填寫)	

審查委員簽名：_____

日期：_____年____月____日