**國立成功大學醫學院附設醫院人體研究倫理審查委員會**

**人體研究計畫行動應用程式(App)基本資安檢核表**

計畫主持人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_醫師/老師(\_\_\_\_\_\_部)

計畫名稱：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.本研究使用之App安全等級為何：  □ 甲類(L1)：無須受試者身分鑑別之行動應用程式  □ 乙類(L2)：須受試者身分鑑別之行動應用程式  □ 丙類(L3)：含有交易行為之行動應用程式(必須取得基本資安合格證書及標章(MAS標章)) | | | | |
| 2.本研究使用之App將蒐集受試者哪些資料：   1. 個人資料：□姓名 □性別 □身分證字號 □聯絡方式 □出生年月日 2. 安全敏感性資料：□照片 □影片 □通話紀錄 □錄音檔 □簡訊 □通訊軟體訊息   □地理位置(GPS定位) □行事曆   1. □問卷內容 2. □其他(請註明\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) | | | | |
| 3.本研究使用之App是否取得行動應用資安聯盟核發的基本資安合格證書及標章(MAS標章)。  □ 是，請檢附合格證書及標章之文件影本  □ 否，請填寫下列審查項目 | | | | |
| 包含項目 | | 是 | 否 | 補充說明 |
| 安全性與敏感性資料保護 | 1. 研究使用之App發布時，須說明欲存取之安全敏感性資料、行動裝置資源及宣告之權限用途，並提供回報安全性問題之管道。 | □ | □ |  |
| 1. 研究使用之App應於蒐集、使用、儲存、分享安全敏感性資料前，應主動警示取得受試者同意。 | □ | □ |  |
| 1. 研究使用之App不得在關閉及登出後將安全敏感性資料儲存於其他檔案中。 | □ | □ |  |
| 1. 若研究使用之App需儲存及傳輸安全敏感性資料，應進行加密處理再儲存。 | □ | □ |  |
| 1. 安全敏感性資料應儲存於受作業系統保護之區域，防止其他應用程式未經授權之存取。 | □ | □ |  |
| 1. 研究使用之App應有適當之身分鑑別機制，確認受試者身分。 | □ | □ |  |
| 1. 若App需採用通行碼認證，應主動提醒受試者設定高強度之通行碼(例如：含有字母符號及數字共8碼以上)。 | □ | □ |  |
|  | 包含項目 | 是 | 否 | 補充說明 |
|  | 1. 應確認App伺服器之有效性且為可信任之憑證機構。 | □ | □ |  |
| 1. 研究使用之App應有防止含有惡意程式碼進入之機制，並針對受試者於輸入階段之字串，進行安全檢查，提供相關注入攻擊防護機制。 | □ | □ |  |
| 1. 研究使用之App有更新時，應備妥對應之更新版本。 | □ | □ |  |
| ◎計畫主持人聲明  本人負責執行此研究計畫並填報以上內容，同意依赫爾辛基宣言的精神及國內個人資料保護法、著作權法等相關法令的規定，確保試驗對象之生命、健康、個人隱私及尊嚴；若有違反或不實，願依法負責。  計畫主持人簽名： 　　　　　　日期： 年 月 日 | | | | |
| 審查結果：  □ 同意使用此App □ 有條件同意使用此App □ 不同意使用此App □ 提會討論  主持人是否需出席會議： □ 是，應出席說明 □ 否，不須出席  審查意見：  審查委員簽名︰ 日期︰ 年 月 日 | | | | |
| 備註： 1.請主持人詳述理由並附佐證資料，俾送交本會審查。  2.本表可因內容增加自動延伸。 | | | | |