

研究調片/空白切片/染色 申請單

申請人：請填寫黑框處

病理編號請依年份，由小↓大書寫排列

研究計畫名稱：_____								
申請項目： <input type="checkbox"/> 調片 <input type="checkbox"/> 空白切片 <input type="checkbox"/> 染色 _____ <input type="checkbox"/> 其它 _____								
申請日期：				IRB： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無，後補				
申請人單位：				申請人簽名：		申請人電話：		
主核 准 簽 任 章		技核 術 准 主 簽 任 章		切審 片核 組 / 組 簽 長 章		預計取件日期		取件日期
						日期		
						簽章		
病理編號		病理編號			病理編號			

表單  
流程  
：  
合作  
病理  
醫師  
簽核  
↓  
切片  
組長  
審核  
文件  
簽章  
↓  
技術  
主任  
簽章  
↓  
主任  
簽章  
↓  
調片  
/調  
蠟塊  
↓  
切片  
(染色)  
執行  
↓  
申請  
人繳  
費  
↓  
領取  
成品

※ 注意事項：

- (1) 請提出人體試驗委員會通過之證明文件。
- (2) 為確保選用之蠟塊切片能反映正確的病理診斷，必須由病理醫師參與共同研究。

合作病理醫師簽章：\_\_\_\_\_

文件編號/名稱	機密等級	生效日	版本	頁次
MMH-DMS-4-3582-005-F 行政組研究用調片/空白切片/染色申請單	一般	2014.01.01	02	1 / 1