



義大醫療財團法人義大醫院人體試驗暨研究委員會  
嚴重不良事件(SAE)通報簽收單

排入 年 月會議 (本項由IRB秘書處填寫)

一、請通報者填寫：

IRB案號	
計畫名稱	
藥品/醫材/醫療 技術名稱	
廠商名稱	
報告類別 (請擇一勾選)	<input type="checkbox"/> 初始報告。 <input type="checkbox"/> 追蹤報告，第____次
識別代號/ 個案編號	
SAE名稱	
通報內容	1. 嚴重不良事件(SAE)通報說明表 2. 附件
通報單位	
聯絡人姓名	
聯絡人電話	
聯絡人E-Mail	

二、以下由人體試驗暨研究委員會填寫

人體試驗暨研究委員會收件人：

☐ 文件不足，請補件(◎補齊後請連同此收件通知單一併送回)

退件說明：

簽收日期：

☐ 送件資料無誤

☐ 補件完成