



義大醫療財團法人義大醫院人體試驗暨研究委員會  
申訴事件接案表

申訴案號：

IRB案號		受試者進入本試驗之日期	年 月 日
受試者姓名		投訴者與受試者關係	<input type="checkbox"/> 本人
投訴者姓名	<input type="checkbox"/> 本人	聯絡電話	
計畫名稱			
	中文姓名	部門單位	電話/分機
計畫主持人			E-mail
聯絡人			
申訴管道	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 當面、現場 <input type="checkbox"/> 透過院外第三者 <input type="checkbox"/> 書面資料 <input type="checkbox"/> 網路		
問題類型	<input type="checkbox"/> 因為研究而導致受試者受到傷害 <input type="checkbox"/> 服務態度問題 <input type="checkbox"/> 研究說明不清楚 <input type="checkbox"/> 其他：		
申訴目的	<input type="checkbox"/> 純申訴 <input type="checkbox"/> 協調相關單位澄清查證 <input type="checkbox"/> 要求說明 <input type="checkbox"/> 需後續處理 <input type="checkbox"/> 其他：		
事件陳述			
申訴重點			

處理結果	<input type="checkbox"/> 問題解決 <input type="checkbox"/> 可接受或諒解 <input type="checkbox"/> 達到申訴目的 <input type="checkbox"/> 無法接受處置 <input type="checkbox"/> 轉案給_____委員後續調查處理		
持續處理摘要			
受理者姓名		受理日期	年      月      日