

**臺中榮民總醫院 臨床試驗中心**  
**臨床試驗潛在受試者推估暨醫師媒合申請表**

填表日期：\_\_年\_\_月\_\_日

**1、 申請者資料**

申請人姓名		電話		e-mail	
身份類別	<input type="checkbox"/> 試驗委託機構(Sponsor) <input type="checkbox"/> 試驗受託機構(CRO) <input type="checkbox"/> 研究者自行發起(IIT) <input type="checkbox"/> 其他：				
機構名稱				機構聯絡電話	
試驗計畫名稱					
IRB案號					
擬邀本院哪位醫師擔任PI		<input type="checkbox"/> 科別：      醫師姓名： <input type="checkbox"/> 由臨床試驗中心推薦媒合。			

**二、受試者資料媒合條件(請填寫媒合條件)**

<b>1.資料區間</b>		<b>2.疾病診斷碼</b> (參照健保署-國際疾病分類公告- <a href="#">連結</a> )	
資料起日	年 月 日	ICD-10編碼/ 中文名稱	
資料迄日	年 月 日		
注意事項:請務必填寫ICD碼, 以確保資料定義相同。			

**申請流程:**

網路填表申請  CTC會聯絡確認內容  進行潛在受試者人數推估(接單後3個工作天)。  
 若需媒合醫師: 將轉介本院CTC臨床組, 後續會另有專人進行聯繫。

完成簽名後,

請掃描, 並將Word及掃描檔mail至臨床試驗中心 [linjhome@vghtc.gov.tw](mailto:linjhome@vghtc.gov.tw)

申請人簽名:

相關諮詢: 04-23592525分機4777林先生。