**臺北醫學大學附設醫院**

申請非編制人員協助執行人體研究案識別證送件核對單

(本清單請置於首頁)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 新申請 展延 (原證編號: ) | | 申請日期： 年 月 日 | | | |
| 研究人員(申請者)： | | 聯絡電話：  電子信箱： | | | |
| 臨床試驗計畫主持人： | | 科部單位： | | | |
| 本校TMU-JIRB核准執行案件編號： | | | | | |
| 臨床試驗計畫名稱：  (中文)  (英文) | | | | | |
| 申請者應檢附資料(請依下列文件依序放置並勾選已檢附之申請資料) | | | | | |
| 項次 | 表 單 | | 送件人確認欄 | | 收件人  確認欄 |
| 新申請 | 展延 |
| 1 | 公文 | |  |  |  |
| 2 | 員工資料卡(附照片) | |  |  |  |
| 3 | 身分證正反面影本 | |  |  |  |
| 4 | 本校聯合人體研究倫理委員會執行同意函影本  (申請者需為IRB核准之研究團隊成員) | |  |  |  |
| 5 | 最高學歷畢業證書(若為影本需要回學校蓋與正本相符章或有學校關防印章)  學歷驗證表  (1)醫事人員須加附醫事人員職類執照證書影本  (2)學生身分須加附學生證影本 | |  |  |  |
| 6 | 非本院員工之工作者投保與健康檢查完成聲明及名冊(F-E800-034) | |  |  |  |
| 7 | 職前教育訓練證明  （TMS系統上課程通過證明，領證時繳交） | |  |  |  |
| 送件地點：臺北市吳興街252號臺北醫學大學附設醫院 臨床研究中心 (蔡萬才癌症大樓六樓)  收件時間：星期一至星期五08:30~17:30 | | | | | |
| 送件人簽章： 　　　　　　　　　 日期： | | | | | |
| **臨床研究中心**  收件人簽章： 　　　　　　　　　 日期： | | | | | |
| **人資室** | | | | | |
| **領證簽收**  姓名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 日期： | | | | | |