

## 臨床試驗案設計、規劃及統計分析服務申請表

臨床試驗中心編號

-

-AC

申請日期:西元      年      月      日

IRB 案號	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 案號: _____		
臨床試驗案類型	<input type="checkbox"/> 介入性研究 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 預防 <input type="checkbox"/> 診斷 <input type="checkbox"/> 支持療法 <input type="checkbox"/> 篩檢 <input type="checkbox"/> 衛生政策 <input type="checkbox"/> 基礎醫學 <input type="checkbox"/> 其他		
	<input type="checkbox"/> 觀察性研究 <input type="checkbox"/> 世代研究 <input type="checkbox"/> 病例對照研究 <input type="checkbox"/> 病例研究 <input type="checkbox"/> 個案交叉研究 <input type="checkbox"/> 生態或社會學研究 <input type="checkbox"/> 家族研究 <input type="checkbox"/> 其他		
	<input type="checkbox"/> 其他(請詳述) : _____		
總收案人數		試驗組數	
臨床試驗案內容簡述	(內容請含摘要或問題, 如空格不夠描述時可加附件)		
諮詢項目	A. <input type="checkbox"/> 臨床試驗案主題設計 B. <input type="checkbox"/> 臨床試驗案規劃 C. <input type="checkbox"/> 臨床試驗案統計分析 D. <input type="checkbox"/> 臨床試驗案結果判讀 E. <input type="checkbox"/> 臨床試驗案樣本數估算 F. <input type="checkbox"/> 臨床試驗案統計方法 G. <input type="checkbox"/> 其他: _____		
注意事項	1. 此服務僅提供院內臨床試驗案服務。 2. 臨床試驗案經評估審核後若不符合相關資格或其他因素, 將予以退件。 3. 請遵照臨床試驗中心服務管理準則辦理。		
計畫主持人簽名/日期			

服務項目申請評估結果:(本欄由臨床試驗中心主管填寫)

接受諮詢項目: \_\_\_\_\_, 預計指派專業人員: \_\_\_\_\_

無法受理諮詢項目: \_\_\_\_\_, 原因: \_\_\_\_\_

其他: \_\_\_\_\_

臨床試驗中心主管簽章/日期

臨床試驗中心承辦人簽章/日期