

全民健康保險資料研究利用申復申請書

日期：____年____月____日

受理序號：____（由保險人填寫）

一、申請資料			
申請者(機關、機構、大學、法人)			
地址			
計畫執行人員 (IRB 主持/協同之一)		職稱	
所屬機構/單位		身分證字號	
電子郵件		聯絡電話	
聯絡人姓名		聯絡人電話/ 電子郵件	
聯絡地址			
原受理序號			
審核函文號			
二、申復說明：附件____份			
審查意見			
申復說明			

申請者：

「申請者

代表人：

(請簽章)

大印」

計畫執行人員 (IRB 主持/協同之一)：

(請簽章)

中 華 民 國 年 月 日