

全民健康保險資料研究利用展延申請書

日期：____年____月____日

受理序號：____（由保險人填寫）

一、原申請者資料（IRB 主持/協同之一）			
姓名		職 稱	
服務機構		身分證字號	
服務單位		聯絡電話	
電子郵件			
聯絡地址			
聯絡人(代表人) 姓名		聯絡人(代表人) 電話	
原受理序號			
二、展延內容			
展延理由			
證明文件類別			
預計展延期限			

本申請單內填具之各項資料，申請者已確認無誤。（同意請打勾）

申請者：_____（請簽章）