

台大醫院手術室醫材試用申請單

試用編號：

產品名 (中文)	
(英文)	
規 格	
製造廠商(廠牌)/產地國	
<input type="checkbox"/> 新品 <input type="checkbox"/> 目前使用之醫材 (醫材碼：)	
再試用原因： <input type="checkbox"/> 產地變更 <input type="checkbox"/> 型號變更 <input type="checkbox"/> 其他_____	
1、該項醫材已獲准發售國家及年份(附證明)：	
2、該項醫材已通過先進國家之國家標準證明(附證明)：	
3、該項醫材之優點或特殊處：	
4、國內已使用該項醫材之醫院(附證明)：	
5、中央健保局核定價格/健保碼(附證明)：	
6、本院已採用之類似醫材產品及價格：	
7、試用之科別：	
8、該項醫材規格之詳細書面參考資料：	
<input type="checkbox"/> 1.研究論文測試報告	
<input type="checkbox"/> 2.研究 (測試) 對象： <input type="checkbox"/> 人體 <input type="checkbox"/> 動物實驗	
<input type="checkbox"/> 3.衛署許可證	
申請公司名稱：	
公司地址：	
負責人：	
聯絡電話：	
傳真：	

※上述資料若有不實之處，本人願負法律責任。

※申請人簽名：

日期：

試用委員審查 <input type="checkbox"/> 同意試用 <input type="checkbox"/> 不同意試用 理由： 試用委員簽章：
