

**電子個案報告表系統使用者帳號申請表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 本單編號:  填單日期 |  | *(yyyy-mm-dd)* |

臨床研究案/收案中心

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 研究隸屬: |  | | | | | | | | | | | | |
| 研究代碼: |  | | | | Principle Investigator: | | | |  | | | | |
| 研究主題: |  | | | | | | | | | | | | |
| 收案院所: |  | | | | | | | | | | | | |
| 國家/地區: |  | | 城市: |  | | 收案期自 | |  | | | 至 |  | *(yyyy-mm-dd)* |
| 收案負責醫師: |  | 連絡電話: | |  | | | E-mail: | | |  | | | |

eCRF系統使用者帳號申請

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **帳號 #1** | 中文名: |  | | | 英文名: | |  | | |
| □新增 □變更 □刪除 | 連絡電話: |  | | | E-mail: | |  | | |
| \*帳號ID: |  | | | 存取權限: | | □資料輸入 □資料監測/核對 □資料核准 | | |
| 有效期限: | 自 |  | 至 | |  | | *(yyyy-mm-dd)* |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **帳號 #2** | 中文名: |  | | | 英文名: | |  | | |
| □新增 □變更 □刪除 | 連絡電話: |  | | | E-mail: | |  | | |
| \*帳號ID: |  | | | 存取權限: | | □資料輸入 □資料監測/核對 □資料核准 | | |
| 有效期限: | 自 |  | 至 | |  | | *(yyyy-mm-dd)* |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **帳號 #3** | 中文名: |  | | | 英文名: | |  | | |
| □新增 □變更 □刪除 | 連絡電話: |  | | | E-mail: | |  | | |
| \*帳號ID: |  | | | 存取權限: | | □資料輸入 □資料監測/核對 □資料核准 | | |
| 有效期限: | 自 |  | 至 | |  | | *(yyyy-mm-dd)* |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **帳號 #4** | 中文名: |  | | | 英文名: | |  | | |
| □新增 □變更 □刪除 | 連絡電話: |  | | | E-mail: | |  | | |
| \*帳號ID: |  | | | 存取權限: | | □資料輸入 □資料監測/核對 □資料核准 | | |
| 有效期限: | 自 |  | 至 | |  | | *(yyyy-mm-dd)* |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **帳號 #5** | 中文名: |  | | | 英文名: | |  | | |
| □新增 □變更 □刪除 | 連絡電話: |  | | | E-mail: | |  | | |
| \*帳號ID: |  | | | 存取權限: | | □資料輸入 □資料監測/核對 □資料核准 | | |
| 有效期限: | 自 |  | 至 | |  | | *(yyyy-mm-dd)* |

**\*請注意: 帳號ID必須是以英文字母開頭，由8個以上文數字或“\_”符號組成，如與現有帳號衝突將另行聯絡變更。**

核簽

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 計畫總主持人: |  | 收案負責醫師: |  |
|  | 日期  *(yyyy-mm-dd)* |  | 日期  *(yyyy-mm-dd)* |

本表單使用相關諮詢請洽 林口臨床試驗中心資訊組 分機403-5165、403-5168

表號: BIU-S0002 規格: A4 長庚紀念醫院 臨床試驗中心資訊組 保存年限: 永久保存