

# 大林慈濟醫院-人工智慧醫療器材軟體臨床上線申請表

編號：

申請日期： / /

申請人 資料	姓名		單位		連絡電話	
	員工編號		職稱		Email	
軟體 資訊	中文名稱					
	英文名稱					
試用通過 報告	<p>&lt;檢附以下佐證資料&gt;</p> <p><input type="checkbox"/>大林慈濟醫院醫療器材軟體臨床試用申請表，案件編號：_____</p> <p><b>[必要項]</b></p> <p><input type="checkbox"/>人工智慧醫療器材軟體揭露事項宣告表<b>[必要項]</b></p> <p><input type="checkbox"/>人工智慧醫療器材軟體成效檢核表(試用週期)<b>[必要項]</b></p> <p><input type="checkbox"/>其他(如：TFDA 許可證)：_____</p>					
上線場域 規模	請詳細說明上線場域規模，如：上線院區、科室等。					
效益評估 週期	請說明週期，如：3 個月。					
軟體編號	[由負責任 AI 中心承辦人填寫，申請人勿填]					

核章欄			
申請人	申請單位主管	經辦人	智慧醫療委員會
<b>智慧醫療委員會 審核結果/意見</b>			
<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過			