

## 大林慈濟醫院-人工智慧醫療器材軟體終止使用申請表

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/英名稱					
	軟體編號					
	上線日期					
	終止類型	<input type="checkbox"/> 使用者接受度低 <input type="checkbox"/> 功能不符使用 <input type="checkbox"/> 授權到期 <input type="checkbox"/> 法規限制 <input type="checkbox"/> 效益評估不符標準 <input type="checkbox"/> 成本效益不佳 <input type="checkbox"/> 維護困難 <input type="checkbox"/> 支援服務不足 <input type="checkbox"/> 其他產品可取代或涵蓋功能 <input type="checkbox"/> 資通安全與隱私保護未達標準 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
原因 說明	請詳細說明終止原因					
影響 評估	流程端	請說明對現有業務流程的影響				
	病人端	請說明對病人的影響				
	其他	請說明其他相關的影響				
替代 方案	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，請詳細說明：					
風險 因應	請說明終止過程中的風險管理措施與因應					
作業 事項	項目	主負責人/單位	預計完成日期	備註		
	終止通知					
	數據備份					
	系統下線					
	相關事項處理					

核章欄			
申請人	申請單位主管	經辦人	智慧醫療委員會核示