附件1**大體皮膚組織申請使用表**

申請醫院填寫

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請日期 |  | | 申請醫院 |  | | |
| 申請醫師 |  | | 單位主管 |  | | |
| 連絡電話 |  | | | | | |
| 受贈者 |  | | 身分證字號 | |  | |
| 病況說明 |  | | | | | |
| 申請數量 | 共 管，約 cm2 | | | | | |
| **簽核** | | | | | | |
| 皮庫技術人員 | | 品質主管CQO | | | | 醫學主管CMO |
| 簽章：  職稱：  日期/時間： | | 簽章：  職稱：  日期： | | | | 簽章：  職稱：  日期： |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請日期 |  | 申請醫院 |  |
| 申請醫師 |  | 聯繫窗口 |  |
| 聯繫電話 |  | 電子信箱 |  |
| 受贈者姓名 |  | 身分證字號 |  |
| 病況說明 |  | | |
| 需求量 | 實際需求量 cm2、最低需求量 cm2 | | |
| 預計  使用時間 |  | | |
| 備註 |  | | |

申請醫師簽章： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

單位主管簽章：

**大體皮膚組織申請使用表**

國家皮庫填寫