



奇美醫療體系

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		人事號		E-mail	
	單位		職稱		連絡電話	
軟體資訊	中文名稱					
	英文名稱					
試用通過報告	<p><檢附以下佐證資料></p> <p><input type="checkbox"/> 奇美醫院醫療器材軟體臨床試用申請表，案件編號：_____ [必要項]</p> <p><input type="checkbox"/> 人工智慧醫療器材軟體揭露事項宣告表 [必要項]</p> <p><input type="checkbox"/> 人工智慧醫療器材軟體成效檢核表(試用週期) [必要項]</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	[由資訊室承辦人填寫，申請人勿填]					

核章欄				
申請人	申請單位主管	經辦人	資訊室承辦人	審核人員/小組
智慧醫療委員會 審核結果/意見				
<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意				