

檔 號：  
保存年限：

## 臺中市政府衛生局 函

地址：42053臺中市豐原區中興路136號  
承辦人：李彥陵  
電話：04-25265394分機5332  
電子信箱：hbtcm00507@taichung.gov.tw

受文者：仁愛醫療財團法人大里仁愛醫院

發文日期：中華民國105年5月18日

發文字號：中市衛企字第1050045144號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨(1050045144\_Attach01.doc、1050045144\_Attach02.doc、1050045144\_Attach03.doc)

主旨：檢送「臺中市政府衛生局協助具性別意識之健康研究申請須知」1份，敬請轉知所屬知悉，請查照。

說明：

- 一、本局為鼓勵各單位考量性別差異與健康處境，以性別觀點出發，進行與健康相關的性別研究，爰制定旨揭須知，提供相關研究之行政協助及收案場域。
- 二、欲申請者敬請依規來函辦理申請。

正本：臺中市各大專院校、本市各醫院、醫事團體、人民團體

副本：本局企劃資訊科

2016-05-18  
交13-張:36章

電子收文

收 文

2016-05-19



\*1050045144\*

# 臺中市政府衛生局協助具性別意識之健康研究申請須知

- 一、臺中市政府衛生局(以下簡稱本局)為鼓勵具性別意識之健康研究，特訂定本須知。
- 二、醫療機構、養護機構、醫療相關之職業團體、大專院校、民間組織(以下簡稱機構)，於辦理具性別意識之健康研究計畫或學術論文時，得向本局申請下列協助：
  - (一) 提供研究收案場域，包含本局、臺中市各區衛生所(以下稱衛生所)、本局及衛生所社區活動場合。
  - (二) 提供研究申請相關行政協助。
  - (三) 其他經本局核可事項。
- 三、機構申請協助，依下列規定辦理：
  - (一) 於預定進行研究或收集資料前一個月，檢具申請表(如附件一)發函至本局辦理申請作業。
  - (二) 涉及人體試驗研究計畫者，應檢附審查通過證明。  
前項申請，經本局完成審核後，以公文通知機構審核結果，對於機構申請所提出之相關資料，不予發還。
- 四、機構申請協助經核可者，應遵守下列事項：
  - (一) 於核可之範圍內辦理研究調查。其辦理時間或收案場域等原申請事項有變更需求者，應以書面申請變更許可。
  - (二) 研究調查應不影響民眾權益及本局、衛生所人員作業。
  - (三) 主動並事先與本局或衛生所聯繫預約到場收案時間，未經預約者不得臨時到場辦理。
  - (四) 機構派至本局、衛生所進行研究調查之人員，以經核可之申請書所列之研究人員為限，並應配戴識別證件及攜帶核可公文影本備查。
  - (五) 本局及衛生所不代發研究問卷，機構若以問卷調查收集資料，應自行發放及回收。
  - (六) 進行研究調查時，應尊重民眾意願，並恪守研究倫理，對象若為本局、衛生所職員，亦同。
  - (七) 本局得視業務情況，保留調整機構研究調查時間、場域等核准項目之權利。

五、機構申請協助經核可後有下列情形之一者，本局及衛生所得立即制止相關人員之行為，並得中止協助：

- (一) 進行非核准範圍之研究調查。
- (二) 有嚴重影響本局或衛生所之業務執行。
- (三) 受民眾之陳情檢舉。
- (四) 其他違反本須知規定情節重大。

前項之制止，由本局、衛生所同仁行之；中止協助，由本局以函文通知。

六、機構於研究完成日起三個月內，應繳交研究成果予本局(紙本及電子檔研究成果報告各一份)，並簽署結案單辦理結案。

**臺中市政府衛生局**  
**協助具性別意識之健康研究需求申請表**

1041110 版

申請單位/學校 系所名稱			申請日期	年 月 日
聯絡人姓名				
聯絡方式	公	地址：	電話：	
	宅	地址：	電話：	
	電子信箱		行動 電話	
申請協助研究類型(請擇一勾選)	<input type="checkbox"/> 研究計畫 <input type="checkbox"/> 學術論文 <input type="checkbox"/> 其他(請說明)：_____			
計畫名稱/論文名稱				
計畫主持人/指導教授/授課教師				
計畫研究人員				
研究動機與目的 (需與性別相關)				
研究摘要				
研究方法	<input type="checkbox"/> 問卷調查 <input type="checkbox"/> 訪談 <input type="checkbox"/> 其他(請說明)：_____			
研究對象	<input type="checkbox"/> 民眾 <input type="checkbox"/> 其他(請說明)：_____			
研究預期成果				
申請協助項目	<input type="checkbox"/> 提供研究場域(請說明需求範圍)：_____			
	<input type="checkbox"/> 提供行政協助(請說明需求)：_____			
	<input type="checkbox"/> 其他(請說明)：_____			
檢附研究相關資料	<input type="checkbox"/> 研究計畫 <input type="checkbox"/> 問卷 <input type="checkbox"/> 訪談大綱 <input type="checkbox"/> 其他(請說明)：_____			
調查對象回饋機制	<input type="checkbox"/> 現金，金額_____ <input type="checkbox"/> 贈品_____ <input type="checkbox"/> 無			

申請本局協助之日期及時間	日期： 年 月 日至 年 月 日 時間：
本研究預定完成日期	年 月 日
研究結果(報告或學術論文)紙本及電子檔送存	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 其他(請說明)：_____
申請單位簽章： 日期： 年 月 日	

備註：本申請本請隨公文函送本局辦理申請作業。

**臺中市政府衛生局**  
**協助具性別意識之健康研究需求結案單**

研究單位/學校系所名稱				
申請人姓名			核准日期	年 月 日
聯絡方式	公	地址：		電話：
	宅	地址：		電話：
	電子信箱			行動 電話
計畫名稱/論文名稱				
研究方法		<input type="checkbox"/> 問卷調查 <input type="checkbox"/> 訪談 <input type="checkbox"/> 其他(請說明)：_____		
研究對象		<input type="checkbox"/> 民眾 <input type="checkbox"/> 其他(請說明)：_____		
結案狀況		<input type="checkbox"/> 已完成碩(博)士論文，共 本 <input type="checkbox"/> 已發表研討會(期刊)論文或其他報告，共 份 <input type="checkbox"/> 政府部門申請業務已結束運作 <input type="checkbox"/> 計畫無法進行，申請結案 <input type="checkbox"/> 其他		
性別研究結果摘要				
申請單位簽章： 日期： 年 月 日				