

診所細胞治療品質認證佐證資料清單

受評機構名稱：_____ 所在縣市：_____ 梯次：_____

認證日期：____年____月____日

認證項目及適應症：

- | | |
|------------------------------------|--|
| ☐ 自體脂肪幹細胞治療 | ☐ 慢性或滿六週未癒合之困難傷口 |
| ☐ 自體纖維母細胞治療 | ☐ 占總體表面積百分之二十（含）以上之大面積燒傷或皮膚創傷受損 |
| | ☐ 皮下及軟組織缺損 |
| | ☐ 皮膚缺陷：皺紋、凹洞及疤痕之填補及修復 |

資料索取內容

序號	佐證資料名稱	頁數/份數
共計_____項資料		

註：清單填寫完後確實由召集委員及院方代表進行資料確認及簽名。

機構代表簽名：_____ 召集委員簽名：_____