



## 附屬醫院資訊系統驗收單

發單日期： 年 月 日

回單日期： 年 月 日

專案/功能名稱							
驗收系統類別		<input type="checkbox"/> 新系統 <input type="checkbox"/> 資料更正或轉檔 <input type="checkbox"/> 功能新增 <input type="checkbox"/> 功能調整 <input type="checkbox"/> 其他		院內單號			
				管發中心單號			
申請日期		申請單位		申請人		預計完成日期	
執行單位： _____							
專案或功能完成內容： (1)				說明：			
承辦人		二級主管		一級主管			
日期：		日期：		日期：			
驗收單位： _____							
驗收結果： (請依申請時所列需求驗收，若系統驗收時有問題時，請敘述驗收結果後送回執行單位，將請承辦人修改後進行再驗收。)							
<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合，原因： _____							
驗收人		二級主管		一級主管			
日期：		日期：		日期：			