**高雄醫學大學 研究發展處研究資源組**

**0019**

**使用預約繳費申請單**

**申請者資本資料：**  日 期： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  □ 校內 □ 校外 | 服務單位 |  |
| e-mail  |  | 聯絡電話 |  |
| 計畫主持人 |  | 委請收費單號 |  |
| 預約申請日期 |  |  年 月 日 |
| 預約申請時段 |  |  時 ~ 時 |

\***收費標準**：**未滿一小時以一小時計算，滿一小時後以半小時計算加以收費。**

\***如使用本單位之服務與儀器，請務必於研究論文發表中加註致謝詞**。

**收費標準**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 儀器名稱 |  | 小時 | 合計(元) |
| □**局部表面****電漿共振技術**(請自行準備材料) | 校內 | 第1個小時收費200元，之後每半時加收費50元 |  |  |
| 校外 | 第1個小時收費400元，之後每半時加收費100元 |  |  |
| 總計 |  |  |

**繳費方式**：

**1. 現金繳費者，請持本表單至本校出納組繳費取得出納章印後，將正本繳回至儀器操作管理人員存查。**

**2. 繳費金額大於3000以上，得以計畫經費核銷，請持本表單影本及付款憑證(需有傳票編號)，繳回至儀器操作管理人員存查。**

**3. 倘若逾期一年內未完成繳納，同意以計畫主持人之「個人薪資扣款」。**

**以下由本中心處理(申請者請勿填寫) 保存期限：6年**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 收件日期 |  | 完成日期 |  | 分析人員 |  | 出納組 |  |