高雄醫學大學研究資源整合發展中心

使用預約申請繳費單

0019

**申請者基本資料**：□ 研究生 □ 研究助理 □本校教師或醫師

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 服務單位 |  |
| 聯絡電話 | ( ) 分機 | e-mail |  |
| 計畫主持人 |  | 計畫編號 |  |
| 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)**

 **如使用本中心服務，請務必於研究論文中加註致謝詞。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  **儀 器** |  | **小時** | **合計(元)** |
| □**高敏感度活體分子影像系統** | 校內 | 200元/小時 (**Isoflurane自備)** |  |  |
| 校外 | 400元/小時 (**Isoflurane自備)** |  |  |
| □**雷射都卜勒微流影像儀** | 校內 | 250元/小時 |  |  |
| 校外 | 500元/小時 |  |  |
| □**小動物活體斷層掃描Micro-CT** | 校內 | 300元/小時 |  |  |
| 校外 | 600元/小時 |  |  |
| **總 計** |  |

**繳費方式：**

1. **現金繳費者，請持本表單至出納組繳費取得出納章印後將正本繳回給儀器操作管理**

**人員存查。**

1. **繳費金額大於3000元以上，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)，繳回給儀器操作管理人員存查。**

 **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 |  |