

高雄醫學大學附設中和紀念醫院 臨床醫學研究部

醫學統計分析及生物資訊研究室 『預繳費用流用案件服務』申請表

| | | | |
|--|---------|-------------------------|--|
| 申請人資料(限高醫體系員工) | | 案件編號(由統計室填寫): | |
| 姓名 | | 申請日期 | |
| 部門/單位 | | 職稱/職號 | |
| E-mail | | | |
| 聯絡電話 | (辦公室分機) | (公務機簡碼/手機) | |
| 聯絡人資料 <input type="checkbox"/> 同上(以下免填) | | | |
| 姓名 | | 職稱 | |
| E-mail | | | |
| 聯絡電話 | (辦公室分機) | (公務機簡碼/手機) | |
| 申請服務種類 | | | |
| <input type="checkbox"/> 預繳費用流用案件 | | | |
| 預計使用目的:(可複選) | | | |
| <input type="checkbox"/> 1.資料分析協作服務申請 <input type="checkbox"/> 2.高醫體系研究資料庫申請 <input type="checkbox"/> 3.其他,簡要說明_____ | | | |
| 預繳費用估計(由申請者填寫) | | | |
| 總計費用 NT\$_____ | | | |
| 相關文件繳交(由統計室填寫) | | | |
| <input type="checkbox"/> 已送完成簽署之預繳費用相關文件 | | | |
| 簽名欄 | | | |
| <p>本人已完全瞭解預繳費用與後續申請資料分析協作或截取高醫體系研究資料庫之流程與收費標準,對於上述申請表內容已確認無誤。且預繳之費用僅用做資料分析協作或截取高醫體系研究資料庫,不得要求退回原申請人,如違反所有相關法令及規定所致一切後果,由本人負全部責任。</p> | | | |
| 申請人: | | (中文正楷簽名) | |
| | | 民國 年 月 日 | |
| 統計室主任: | | (中文正楷簽名) | |
| | | 民國 年 月 日 | |