**高雄醫學大學附設中和紀念醫院**

**臨床醫學研究部**

**核心技術實驗委託申請表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請人  (計畫主持人) |  | 申請單位 |  | | | | 職稱 |  |
| 識別證號碼 |  | Email帳號 |  | | | | 聯絡電話 |  |
| 計畫名稱 |  | | | | | | | |
| 計畫  經費來源 | □國科會 □衛生署 □院內計畫 □其他 | | | | | | | |
| 申請日期 | 年 月 日 | | 預約時間 | | | 年 月 日 時 | | |
| 委託項目 | □ SNP genotyping | □需代為配製檢體 | | SNP的ABI產品編號:  (\***請上ABI網址查詢SNP產品編號**\*) | | | | |
| □血液DNA萃取 | | | | | | | |
| 檢體數量 | □ SNP genotyping | | | | DNA樣本： 個 | | | |
| □血液DNA萃取 | | | | 樣本：\_\_\_\_\_\_\_\_個 | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **※臨床醫學研究部經辦人填寫(申請人勿填)** | | | | | |
| 委託編號 |  | 費用(元) |  | 主管確認 |  |
| 結 果 | 操作員: | | | | |