高雄醫學大學附設中和紀念醫院 臨床醫學研究部

研究用 免疫染色委託申請單

 申請編號(由醫研部填寫)： (西元年)- (月)- (編號)

|  |  |
| --- | --- |
| 申請日期 |  |
| 申請人 |  | 單位 |  |
| 連絡人 |  | 電話 |  |
| E-mail |  |  |  |
| 計畫經費來源 | □科技部 □衛福部 □院內計畫 □其他  |
| **申請內容** |
| 委託染色抗體名稱 |  |
| 預計染色片數 |  |
| **申請項目** |
| □ IHC\_廠商抗體 | □院/校內：420元x 片=□院/校外：800元x 片= |
| □ IHC\_自備抗體 | □院/校內：400元x 片=□院/校外：760元x 片= |
| □ IHC\_自備抗體測試(每支抗體) | □院/校內：1200元x 片=□院/校外：1800元x 片= |
| □ 免疫螢光染色 (不含一抗及二抗) | □院/校內：420元x 片=□院/校外：800元x 片= |
| □ CISH原位雜交染色 (EBER、Kappa、 Lambda) | □院/校內：1200元x 片=□院/校外：2500元x 片= |
| 備註: |

**※臨床醫學研究部經辦人填寫**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 經辦人 |  | 完成繳費日期 |  |
| 完成簽收 |  | 主管簽章 |  |