**高雄醫學大學附設中和紀念醫院 臨床醫學研究部**

**附件一**

**電子顯微鏡相關研究委託申請表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | |  | | | | | | | |
| 申請日期 | | 年 月 日 | | | 預約時間 | 年 月 日 | | | |
|  | TEM | | | | | SEM | | | |
| 院內 | | | 院外 | | 院內 | | 院外 | |
| 自行操作 | | 委託操作 | 自行操作 | 委託操作 | 自行操作 | 委託操作 | 自行操作 | 委託操作 |
| 儀器使用費  元/小時 | □1500  ＿＿小時 | | □2400  ＿＿小時 | □2500  ＿＿小時 | □4000  ＿＿小時 | □2400  ＿＿小時 | □2800  ＿＿小時 | □4000  ＿＿小時 | □4000  ＿＿小時 |
| 組織處理費  元/瓶 | - | | □3600  ＿＿瓶 | - | □6000  ＿＿瓶 | - | □1800  ＿＿瓶 | - | □3000  ＿＿瓶 |
| 超薄切片費  元/塊 | - | | □2100  ＿＿塊 | - | □3500  ＿＿塊 | - | - | - | - |
| 離子腹膜費  元/次 | - | | - | - | - | □420  ＿＿次 | - | □700  ＿＿次 | - |
| 其他 |  | | | | | | | | |
| 合計 |  | | | | | | | | |
| 聲明 | 我， 在此聲明，此次實驗之委託檢体，並不含任何可能危害操作員之已知傳染性物質或放射線物質。 | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 委託編號 |  | 費用(元) |  | 主管確認 |  |
| 結果 | 操作員： | | | | |