**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： |