

表一 成大醫院臨床醫學研究共同實驗室冰箱使用申請單

申請者 填寫	1. 計畫名稱：_____ 2. 研究計畫主持人： _____（簽名或蓋章） 3. 身分：☐成大醫院員工 員工號_____ ☐成功大學員工 4. 計畫之性質(請勾選)： ☐A.經醫院的計畫 ☐A-1 成醫研計畫(成醫研計畫編號：_____) ☐A-2 委託或補助計畫(計畫編號：_____)(例如：衛福部) ☐B.其他 5. 需使用冰箱名稱及位置：_____ 6. 需使用日期(最多一年期間)：_____ 7. 費用繳納方式(請勾選)： ☐計畫轉沖 (經本院的計畫) ☐現金繳費 8. 連絡人：_____ 連絡電話：_____（簽名或蓋章）
-------------------	---

備註：

1. 若有實驗室承租需求者，請依本院「臨床醫學研究共同實驗室管理要點」辦理；若僅有公用冰箱或私人冰箱放置者，請填具此表單向臨醫中心申請。
2. 費用繳納方式凡利用經本院的計畫進行轉沖者，請申請者先行確認該計畫是否有餘款。使用者填畢表一後，此單正本繳給中心承辦人員，由本中心統籌空間位置，評估足有空間放置後，中心主任蓋章後，由承辦人登記後通知繳費。
3. 請申請者前往主計室或出納組進行繳費，繳費後，將計價單存根送往臨醫中心備存。
4. 經本院的計畫：含成醫研計畫及委託補助計畫。

表二 成大醫院臨床醫學研究共同實驗室冰箱使用計價單

序號：.....

填單日期：____年____月____日

計畫主持人：_____

身分：☐成大醫院員工 員工號_____ ☐成功大學員工(請勾選)

一、使用設備名稱(-80、-30、4度冰箱)	使用時間	單位(台、格)	收費標準	小計
1.	__年__月至__年__月			
2.	__年__月至__年__月			
3.	__年__月至__年__月			
4.	__年__月至__年__月			
5.	__年__月至__年__月			
小計	-	台、格		元

應付價格：

合計 新台幣 ____萬____仟____佰____拾____元整

五、費用繳納方式(請勾選)：

A 計畫轉沖 (經醫院的計畫)

A-1 ☐成醫研計畫(成醫研計畫編號：_____)

A-2 ☐委託或補助計畫(計畫編號：_____)(例如：衛福部計畫)

B ☐現金繳費

申請者簽章/日期：_____

臨醫中心承辦簽章/日期：_____ 臨醫中心主任簽章/日期：_____

主計室簽章/日期：_____ (僅限本院的計畫轉沖者)

出納組簽章/日期：_____ 收據編號_____

(*請出納組將此計價單第二聯連同收入黏貼憑證訂在一起送主計室)

第一聯：中心承辦人留存、第二聯：主計室留存

備註：

1. 經臨醫中心審核完畢，經由承辦人通知繳費並將表二依使用情形填畢後，交給申請者核章確認並至出納組核章繳費。
2. 費用繳納方式凡經本院的計畫轉沖者，若餘額不足則請申請者以現金方式繳納。
3. 使用者繳費完畢後，表二正本務必送回給中心承辦人，方可確認繳費完成。
4. 通知繳費後請於一周內儘速繳費完畢，尚未繳費者視同未承租使用。