

檔 號：
保存年限：

國立成功大學醫學院附設醫院 函

機關地址：70403臺南市勝利路138號
聯絡人：王莉婷
聯絡電話：06-2353535分機4889
傳真電話：06-2380239
電子信箱：n939614@mail.hosp.ncku.edu.tw

受文者：本院各單位

發文日期：中華民國107年5月31日

發文字號：成附醫臨醫字第1070010427號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如說明一

主旨：即日起新增本院「臨床醫學研究實驗室公用冰箱管理」收費標準，請查照。

說明：

- 一、為有效管理旨揭本院研究空間之使用，特訂定「臨床醫學研究共同實驗室公用冰箱管理作業標準書」並制定冰箱之收費標準。
- 二、收費標準：私人冰箱占用公用空間(新臺幣1萬5,000元/台/年)、非共同實驗室承租者使用公用冰箱(新臺幣1,000元/格/年)。

正本：本院各單位、國立成功大學醫學院附設醫院斗六分院

副本：臨床醫學研究中心

院長 楊俊佑

表一 成大醫院臨床醫學研究共同實驗室冰箱使用申請單

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

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。