**高雄醫學大學再生醫學與細胞治療研究中心**

0027

**「肌肉骨骼關節組織切片平台」繳費單**

**一、申請者基本資料 (□ 校外 □ 校內)** 日期： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 服務單位 |  |
| 聯絡電話 |  | E-mail |  |
| 計畫主持人 |  | 委請收費單號 | (由本單位填寫) |

**二、收費標準 \*如使用本中心服務，請務必於研究論文中加註致謝詞。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請服務項目 | 收費標準 | 數量(個/片) | 合計(元) | 備註 |
| **組織切片(石蠟)** | | | | |
| **脫水** | **□** 校內人士：70元/個 |  |  |  |
| **□** 校外人士：90元/個 |  |  |  |
| **脫水+檢體包埋** | **□** 校內人士：85元/個 |  |  |  |
| **□** 校外人士：110元/個 |  |  |  |
| **自行包埋** | **□** 校內人士：50元/個 |  |  |  |
| **□** 校外人士：不提供校外服務 |  |  |  |
| **石蠟切片** | **□** 校內人士：60元/片 |  |  |  |
| **□** 校外人士：105元/片 |  |  |  |
| **H&E 染色** | **□** 校內人士：70元/片 |  |  |  |
| **□** 校外人士：105元/片 |  |  |  |
| **Safranin-O染色** | **□** 校內人士：80元/片 |  |  |  |
| **□** 校外人士：105元/片 |  |  |  |
| **免疫染色** | | | | |
| **免疫染色\_自備抗體** | **□** 校內人士：1,000元/片 |  |  |  |
| **□** 校外人士：1,500元/片 |  |  |  |
| **測試抗體(一個抗體)** | **□** 校內人士：2,000元/片 |  |  |  |
| **□** 校外人士：3,000元/片 |  |  |  |
| **免疫螢光染色** | **□** 校內人士：1,200元/片 |  |  |  |
| **□** 校外人士：1,800元/片 |  |  |  |
|  |  | **總計** |  |  |

備註：

1. **免疫染色自備抗體若為自製抗體，申請者須自負因抗體不穩定造成染色結果異常的風險。**
2. **測試抗體服務為單純測試一個抗體對一種組織的條件，申請者須自備抗體並提供抗體說明書。**
3. **一組12片玻片約14個工作天可完成，若片數增加，則需另外評估完成日期。**

**三、繳費方式**

1. **申請此平台服務，服務進行前請全額付清款項，本中心再予以進行服務。**
2. 現金繳費者，請持本表單至出納組繳費取得出納章印後將正本繳回本中心存查。
3. 繳費金額若為3,000元(含)以上，高醫體系同仁得以計畫經費核銷，請持本表單影本及付款憑證(需有傳票編號)，繳回本中心存查。

**--------------------------------------------------------------------------------------**

**以下由本中心處理(申請者請勿填寫) 保存期限：6年**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 收件日期 |  | 完成日期 |  | 分析人員 |  | 出納組 |  |