**高雄醫學大學 傳染病與癌症研究中心**

0030

非侵入式小動物超音波系統***申請繳費單***

**申請者基本資料**：□ 研究生 □ 研究助理 □本校教師或醫師

|  |  |
| --- | --- |
| 姓名：  E-mail： | 實驗室聯絡電話：  手機： |
| 申請單位： □校內 □高醫合作單位 □校外 | 指導教授：  (親自簽章) |
| 預約申請日期： 年 月 日 | * 自行操作 □代客操作 |
| 預約申請時段： 時 ～ 時 | * 麻藥自備 □使用中心麻醉藥劑 |

**收費標準 (未滿一小時以一小時計算，滿一小時後以半小時計算)**

* 學校教學用與管理單位免收費
* 麻藥自備之收費

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 單位 | 一般校內 | 建教合作單位及育成中心進駐廠商 | 一般校外單位 |
| 自行操作 | 200元/小時 | 240元/小時 | 400元/小時 |
| 代客操作 | 400元/小時 | 480元/小時 | 800元/小時 |

* 使用中心麻醉藥劑之收費

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 單位 | 一般校內 | 建教合作單位及育成中心進駐廠商 | 一般校外單位 |
| 自行操作 | 400元/小時 | 440元/小時 | 600元/小時 |
| 代客操作 | 600元/小時 | 680元/小時 | 1000元/小時 |

**繳費方式：**敬請持本表單至**出納組**繳費，取得出納章印，本單請繳回國研大樓11樓 **傳染病與癌症研究中心**登記預約時間。

**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 |  | 案件編號 |  | 收費金額 |  |
| 中心主任 |  | | **出納組** |  | |