**高雄醫學大學與屏東科技大學**

**合作研究計畫補助經費變更需求表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 計畫  補助機構 | KP 高醫屏科 | | 計畫  編號 | | **NPUST-KMU-**  （本表會簽時，請**檢附經費核定清單辦理變更；**會簽呈核後，敬請轉送影本一份至研發處備查。） | |
| 計畫  名稱 |  | | | | | |
| 計畫  主持人 | 姓名： | | 執行  期限 | | 自 年 月 日 起  至 年 月 日 止 | |
| 單位： | |
| **原核定補助情形** | | | | **變更後之項目及金額情形** | | |
| 項 目 | | 經 費 | | 項 目 | | 經 費 |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
| 變  更  用  途  說  明 |  | | | | | |

計畫主持人： 研發處： 會計室： 研發長決行：

系所主管:

院長: