**高雄醫學大學BD 流式細胞儀(Flow cytometry) 傳染病與癌症研究中心**

0030

流式細胞儀(Flow cytometry)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： | 指導教授：(親自簽章) |
| 預約申請日期： 年 月 日 | 預約申請時段： 時 ～ 時 |

**收費標準 (未滿一小時以一小時計算)**

* 學校教學用與管理單位免收費

|  |  |
| --- | --- |
| 本研究中心之研究室 | 校內教師或醫師  |
| 100元/小時 | 150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**。

**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** |  |