



臺灣大學腦磁圖儀器使用申請書(實驗用)

(實驗申請專用版本)

申請日期： 年 月 日

研究計畫名稱	(中文)					
	(英文)					
申請單位						
計畫主持人						
計畫執行期間	年	月	日至	年	月 日	
經費來源	<input type="checkbox"/> 國科會計畫，計畫編號：					
	<input type="checkbox"/> 非國科會計畫，計畫編號：					
	<input type="checkbox"/> 其他：					
參與人員：(為方便中心門禁控管，除計畫主持人及共/協同主持人外，最多三名)						
1	<input type="checkbox"/> 計畫主持人	<input type="checkbox"/> 共/協同主持人	姓名		聯絡電話	
	<input type="checkbox"/> 研究執行人員	<input type="checkbox"/> 其他	職稱		電子郵件	
2	<input type="checkbox"/> 計畫主持人	<input type="checkbox"/> 共/協同主持人	姓名		聯絡電話	
	<input type="checkbox"/> 研究執行人員	<input type="checkbox"/> 其他	職稱		電子郵件	
3	<input type="checkbox"/> 計畫主持人	<input type="checkbox"/> 共/協同主持人	姓名		聯絡電話	
	<input type="checkbox"/> 研究執行人員	<input type="checkbox"/> 其他	職稱		電子郵件	
4	<input type="checkbox"/> 計畫主持人	<input type="checkbox"/> 共/協同主持人	姓名		聯絡電話	
	<input type="checkbox"/> 研究執行人員	<input type="checkbox"/> 其他	職稱		電子郵件	
5	<input type="checkbox"/> 計畫主持人	<input type="checkbox"/> 共/協同主持人	姓名		聯絡電話	
	<input type="checkbox"/> 研究執行人員	<input type="checkbox"/> 其他	職稱		電子郵件	
申請使用時數	每次 小時，共 小時 (請以整數算，不足2小時以2小時算)					
	實驗時間須包含實驗前、後之說明準備及收拾工作等所有佔用操作準備區的時間					
受試者人數	每 次 人，共 人					
	年齡層：		歲 至	歲	族群/來源：	



(實驗申請專用版本)

申請日期： 年 月 日

研究計畫名稱	(中文)
	(英文)
實驗目的	
實驗設計 (敬請清楚呈現 MEG 收集資料 的說明及使用之 配合儀器/設備)	
備註	
過去一年使用 本中心 MRI、 MEG 或其他周 邊設備之研究 成果 (請簡述研究目的、 結論與重要性，並附 上具代表性之圖表 與說明。建議字數為 400 至 500 字。若有	

<p>會議或期刊發表，也請列出。)</p> <p>填寫此欄位，將給予本次申請計畫時數獎勵。詳請參閱網頁公告</p>			
<p>填寫人簽/章</p>		<p>主持人簽/章</p>	

中心填寫：以下欄位由中心人員填寫

			核定編號：		
確認流程	1. 操作人員	管理 / 執行小組			
		2. 組員		3. 組長	
簽 / 章					
日期	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 本案須交付管理/執行委員會開會討論		開會日期： 年 月 日			
審核意見：					