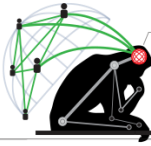


臺灣大學腦磁圖儀器使用申請書(實驗用)

(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"/> 科技部，具有貴儀額度，計畫編號：					
	<input type="checkbox"/> 科技部，不具貴儀額度，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 scanner 收 集資料的說明及 使用之配合儀器 /設備)		
備註		
填寫人簽/章		主持人簽/章

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
<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：			