**臺北榮民總醫院核子醫學部正子藥物使用申請表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **主持人資料** | | | | | | | | | | |
| **姓 名** |  | | | | | **職稱** | |  | | |
| **聯絡電話** |  | | | | | **電郵** | |  | | |
| **所屬單位** |  | | | | | | | | | |
| **二、研究計畫資料** | | | | | | | | | | |
| **申請單位** |  | | | | | | | | | |
| **實驗藥物** |  | | | | | | | | | |
| **需求時間及次數** | 年 月 日 ~ 年 月 日 次數: | | | | | | | | | |
| **實驗種類** | * 動物 □ 假體實驗 □ 測試實驗 □ 其他 | | | | | | | | | |
| **計畫名稱** | (中) | | | | | | | | | |
| (英) | | | | | | | | | |
| **計畫編號** |  | | | | **計畫執行期間** | | | | |  |
| **經費來源** | □同上 □其他 | | | | **預計使用金額** | | | | |  |
| **四、聯絡人基本資料** (必填，如有任何問題，方便聯絡) | | | | | | | | | | |
| **聯絡人姓名** | |  | **聯絡電話** |  | | | **電郵** | |  | |
| **五、備註** | | | | | | | | | | |
| 1.申請正子藥物實驗前，請先填妥藥物使用申請表並隨表附上中文摘要。  2.如有排程問題，請洽正子放射化學放化師，分機02-28757301#560。  3.每次提供之正子藥物收費15000元。 | | | | | | | | | | |

**申請日期: 年 月 日**   **申請人簽名:**

|  |  |
| --- | --- |
| **放化實驗室** | **單位主管** |

**實驗中文摘要**

|  |
| --- |
| **實驗摘要或目的** |
|  |