

學年度臺北醫學大學整合型研究計畫-相對補助申請書

1、基本資料

申請類別	相對補助計畫		
總計畫主持人	姓名		職稱
	聯絡電話		系所
	E-mail		
聯絡人	姓名		職稱
	聯絡電話		系所
	E-mail		
總計畫名稱	(中文):		
	(英文):		
補助機構		計畫執行期間	

二、整合型研究計畫項目

計畫項目	主持人	職稱	服務單位	計畫名稱	核定經費	申請補助金額
子計畫一						
子計畫二						
子計畫三						
子計畫四						
子計畫五						
合計						
備註:每件子計畫至多為核定經費之30%,每件整合型以200萬元為上限。						

總計畫主持人簽名:

日期: 年 月 日