**臺北榮民總醫院新藥臨床試驗中心**

**第三門診6F 查核室申請單**

填寫日期：民國＿ 年＿ 月 ＿日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **選項** | □新申請　□異動 □取消 | | | |
| **申請單位** |  | | | |
| **活動名稱** |  | | | |
| **用途** |  | | | |
| **出席人數** |  | **借用空間** | □6F Room1 □6F Room2 | |
| **使用時間** | 共天小時  年月日 時分至 時 分  至  年月日 時分至 時 分 | | | |
| **借用設備** | □桌上型電腦 | | | |
| **申請人** | 姓名： 職稱：  電話：  手機： | | | |
| **活動聯絡人** | 姓名： 職稱：  電話： 傳真：  手機： E-mail： | | | |
| **備 註** |  | | | |
| **申請單位（簽章）** | | | | **本中心（簽章）** |
| **＊**上述表格內容請詳細填寫。  **＊**申請單請交至台北榮民總醫院 新藥臨床試驗中心 方儷庭小姐收  Tel: (02)28712121 ext. 1463 | | | | |