|  |  |
| --- | --- |
| **臺北榮民總醫院研究計畫及論文原創性比對諮詢服務申請單**  **填表日期:** | |
| **項目** | **簽名** |
| **申請人姓名** |  |
| **單位** |  |
| **聯絡分機** |  |
| **E-mail** |  |
| **申請原因** |  |
| **申請人作者身分** |  |
| **論文/計劃書題目** |  |
| **申請人簽章/日期** |  |
| **直屬主管簽章/日期** |  |
| **本部進行論文比對審查時，承諾遵守嚴格的保密條款，以保障申請人的隱私及知識產權。申請人所提供的相關資料僅用於審查目的，並不會透露給任何未經授權的第三方。審查過程中，本部將確保資訊安全皆遵循相關法律規範，以維護您的權益。如對論文比對審查過程及結果有任何疑問，歡迎隨時與本部承辦人聯繫**  **（王雪如小姐，分機85223）。**  **審查委員簽章：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (此欄由醫學研究部審查委員填寫)** | |
|
|
|
|