

# 高雄市立民生醫院

## 醫師獎勵金申請表

申請人	姓名		單位	
研究計畫 相關資料	計畫類型	1. <input type="checkbox"/> 國科會研究計畫 2. <input type="checkbox"/> 衛生署研究計畫 3. <input type="checkbox"/> 衛生局研究計畫 4. <input type="checkbox"/> 其他 _____ (限院外研究計畫)		
	計畫名稱 (中英文)			
	作者排名	<input type="checkbox"/> 第一作者 <input type="checkbox"/> 通訊作者 <input type="checkbox"/> 其他作者		
	計畫期程	_____ 年            月至            年            月		
	獎勵金審核	<input type="checkbox"/> 優等獎：_____元 (上限新台幣三萬元整) <input type="checkbox"/> 甲等獎：_____元 (上限新台幣三萬元整) <input type="checkbox"/> 乙等獎：_____元 (上限新台幣三萬元整) <input type="checkbox"/> 佳作獎：_____元 (上限新台幣三萬元整) ◎由審查委員填寫		

※申請者請附研究成果報告書一式五份。

申請人簽章：\_\_\_\_\_ 填表日期：\_\_\_\_\_

審查委員簽章：\_\_\_\_\_ 審核日期：\_\_\_\_\_