

財團法人罕見疾病基金會委託研究計畫申請書

一、基本資料

申請編號

____年____號

計畫	中文						
名稱	英文						
計畫主持人姓名		英文姓名					
		姓名	(Last Name)	(First Name)			
身分證字號		性別		出生日期	年 月 日		
服務單位			職稱				
聯絡地址	□□□						
聯絡電話	(公)			(宅)			
傳真號碼				E-MAIL			
協同主持人 姓名		服務單位			職稱		
協同主持人 姓名		服務單位			職稱		
協同主持人 姓名		服務單位			職稱		
執行期限	自民國 年 月 日起至 民國 年 月 日止						
申請研究經費							
計畫連絡人	姓名：	電話：(公)			(宅)		
通訊地址							
傳真號碼			E-MAIL				

三、兼任助理人員學經歷說明

姓 名				
出生年月日	年 月 日	性別	()男 ()女	年 月 日 性別 ()男 ()女
最高學歷	()高中職 ()專科 ()學士 ()碩士 ()研究生		()高中職 ()專科 ()學士 ()碩士 ()研究生	
畢業年月	年 月		年 月	
博 / 碩士班 研 究 生	就讀學校系所： 年級：		就讀學校系所： 年級：	
聘 僱 期 間	自 年 月 日	至 年 月 日	自 年 月 日	至 年 月 日
月支酬金/助學 金				
聯 絡 電 話				
聯 絡 地 址				

姓 名				
出生年月日	年 月 日	性別	()男 ()女	年 月 日 性別 ()男 ()女
最高學歷	()高中職 ()專科 ()學士 ()碩士 ()研究生		()高中職 ()專科 ()學士 ()碩士 ()研究生	
畢業年月	年 月		年 月	
博 / 碩士班 研 究 生	就讀學校系所： 年級：		就讀學校系所： 年級：	
聘 僱 期 間	自 年 月 日	至 年 月 日	自 年 月 日	至 年 月 日
月支酬金/助學 金				
聯 絡 電 話				
聯 絡 地 址				

(篇幅不足，請自行複製)

共 頁 第 頁

四、計畫中文摘要：請於五百字內就本計畫內容作一概述，並依本計畫性質自訂關鍵詞。（限兩頁）

關鍵詞：

（篇幅不足，請自行複製）

共 頁 第 頁

五、研究計畫概述：

請說明本研究計畫之背景、目的、研究方法、重要性、以及預期研究成果。

(篇幅不足，請自行複製)

共 頁 第 頁

