

附件二

臺北醫學大學轉介參訪附屬醫院收費申請表 【非臺灣地區】

(粗框處請申請單位填寫)

申請日期： 年 月 日

申請單位		聯絡人/電話	
參訪機構			
參訪人數		預計參訪附屬醫院	
參訪日期	年 月 日 <input type="checkbox"/> 上午 / <input type="checkbox"/> 下午 <small>原則為週一至週五之 9:00 至 12:00 止及 14:00 至 16:30 止</small>		
語言	<input type="checkbox"/> 中文 <input type="checkbox"/> 英文 <input type="checkbox"/> 其它 _____		
參訪目的 及必要性			
參訪內容	<input type="checkbox"/> 一般參訪 <input type="checkbox"/> 簡介及導覽 <input type="checkbox"/> 專業交流 <input type="checkbox"/> 其他_____		
申請單位 主管簽核			
附屬醫院核定			
參訪	<input type="checkbox"/> 同意參訪 <input type="checkbox"/> 不同意參訪		
報價	1.基本收費：20 人以下金額*場次 2.增額加價：第 21 人以上加價金額*場次 3.總計：基本收費+增額加價 4.其他說明：		
優免原則	<input type="checkbox"/> 依規定辦理 <input type="checkbox"/> 八折優惠：_____ <input type="checkbox"/> 全額優免 <input type="checkbox"/> 其它：_____		
附屬醫院 主管簽核			

注意事項：

1. 學校單位詳填申請表之粗框表格，並於參訪日三週前送予附屬醫院窗口，洽詢窗口請參考管發中心網站。
2. 簽核流程：申請單位→附屬醫院依「臺北醫學大學轉介參訪附屬醫院收費準則」核定→副本申請單位留存。