

衛生福利部疾病管制署補助計畫書

年 度： 111年

補助名稱:

申請機構:

計畫主持人： _____ 簽名： _____

計畫聯絡人： _____ 簽名： _____

填報日期： 年 月 日

目 錄

頁 碼

封面

目錄

壹、綜合資料

貳、計畫摘要

參、計畫內容

一、計畫源起 ()

二、計畫目的 ()

三、執行規劃 ()

四、醫療團隊能力與實績經驗 ()

五、醫療團隊合作計畫 ()

六、團隊應變能力 ()

七、人力及環境規劃 ()

八、年度預定進度 ()

九、參考文獻 ()

肆、人力配置 ()

伍、經費需求 ()

陸、需其他機關配合或協調事宜 ()

柒、附表

一、計畫主持人、協同主持人、研究人員
學經歷說明書，共 () 份 ()

二、其他 (請註明) ()

共 () 頁

貳、計畫摘要：請摘述本計畫之目的與實施方法

參、計畫內容

一、計畫源起

二、計畫目的

三、執行規劃

四、醫療團隊能力與實績經驗

五、醫療團隊合作計畫

六、團隊應變能力

七、人力及環境規劃

八、年度預定進度

九、參考文獻

陸、需其他機關配合或協調事項：請逐項填明。若無配合或協調事項，則從略。

配合或協調機關	配合或協調事項	配合金額	配合或協調單位系所主任或機關首長核章
			配合單位_____ 日期_____
			配合單位_____ 日期_____
			配合單位_____ 日期_____
			配合單位_____ 日期_____
			配合單位_____ 日期_____
			配合單位_____ 日期_____
			配合單位_____ 日期_____
			配合單位_____ 日期_____
			配合單位_____ 日期_____
			配合單位_____ 日期_____

(篇幅不足，請自行複製)

附表一：計畫主持人、計畫聯絡人學經歷說明書（每人填寫一份）

類別	() 主持人		() 計畫聯絡人		
姓名		性別		出生年月日	
學 歷 (擇其重要者填寫)					
學 校 名 稱			學 位	起迄年月	科 技 專 長
經 歷 (請按服務時間先後順序填寫與現提計畫有關之經歷)					
服 務 機 構 及 單 位				職 稱	起迄年月
現任：					
曾任：					
近三年內曾參與之研究計畫					
類別	計 畫 名 稱	計畫內擔任 工作	經費	計畫補助機關	起迄年月
近 三 年 內 曾 參 與 之 研 究 計 畫					
	(若無此資料，請填無此資料)				
執 行 中 之 研 究 計 畫					
	(若無此資料，請填無此資料)				
相 關 研 究 計 畫 申 請 中 之					
	(若無此資料，請填無此資料)				

(篇幅不足，請自行複製)
務必簽章)

(下方填表人及計畫主持人處，請

填表人簽章：

計畫主持人簽章：

附表二：計畫主持人、計畫聯絡人最近三年內主持或申請中(亦為主持人)之本署或其他機構（如衛生福利部及所屬機關、國衛院、科技部、經濟部、農委會、中研院、教育部等）經費支持之計畫摘要 （若無此資料，請填無此資料）

計畫名稱：

計畫主持人：

委託或補助單位：

執行期程：

經費：

摘要：(請摘述本計畫之目的與實施方法及結果；請務必清楚敘明是否與本次申請計畫內容有重複性或相關性)

頁數限制:5 頁/每人

附表三：計畫主持人、計畫聯絡人最近三年已發表與計畫內容相關之學術性著作清單，無需附著作（每人填寫一份）（若無此資料，請填無此資料）