**財團法人演譯基金會美兆健康資源中心**

**健康資料申請書**

 **申請編號**(申請者不須填寫)**：**

|  |
| --- |
| **申請類別** |
| **□ 一般申請案 □ 產業申請案** |
| **計畫主持人/專案負責人基本資料** |
| **姓名** |  |
| **學校/機構名稱** |  |
| **所屬科系/部門** |  | **職稱** |  |
| **電子郵件** |  |
| **聯絡電話** |  |
| **聯絡地址** |  |
| **計畫共同主持人/專案共同負責人****（以五人為上限，若無免填、不足請自行複製欄位填寫）** |
| **姓名** | **機構/單位** | **職稱** | **聯絡電話/ E-mail** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **其他實際使用資料之成員****（若無免填、不足請自行複製欄位填寫）** |
| **姓名** | **機構/單位** | **職稱** |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **計畫/專案相關資訊** |
| **名稱** |  |
| **摘要** | （250字以上） |
| **關鍵字** | （5個以內） |
| **聯絡人** |
| **姓名** |  |
| **聯絡電話** |  |
| **電子郵件** |  |
| **申請資料內容** |
| **資料庫類別** | **申請變項** | **備註** |
| **□ 健康數據** |  |  |
| **□ 健康問卷** |  |  |
| **資料檔案格式** | **□ CSV □ STATA □ SAS** |
| **資料使用期限** | 自核發通過證明日期後二年，期限屆滿得展延半年。 |
| **計畫/專案期間** |  | **經費來源** |  |