**高雄醫學大學與屏東科技大學**

**合作研究計畫補助經費變更需求表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 計畫補助機構 | KP 高醫屏科 | 計畫編號 |  **NPUST-KMU-**（本表會簽時，請**檢附經費核定清單辦理變更；**會簽呈核後，敬請轉送影本一份至研發處備查。） |
| 計畫名稱 |  |
| 計畫主持人 | 姓名：  | 執行期限 | 自 年 月 日 起至 年 月 日 止 |
| 單位：  |
| **原核定補助情形** | **變更後之項目及金額情形** |
|  項 目 | 經 費  |  項 目 | 經 費  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 變更用途說明 |  |

計畫主持人： 研發處： 會計室： 研發長決行：

系所主管:

院長: