## C:\Documents and Settings\USER\桌面\LOGO2.png台灣心智科學腦造影中心

**進階諮詢服務申請單**

申請日期： 年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請人姓名  (至多兩人) | (No.1) | 計畫主持人  姓名/email |  |
| (No.2) |
| 職　別 | (No.1) (No.2) | 單 位 |  |
| 電　話 | (No.1)  (No.2) | 電子郵件 | (No.1)  (No.2) |
| 計畫名稱 |  | | |
| 計畫編號 |  | | |
| 諮詢時段 | □2:00-3:00 □3:00-4:00 □4:00-5:00 | | |
| 諮詢項目 | □實驗設計相關  □MRI掃描參數(包含MRI參數設定、使用掃描序列等)  □實驗刺激材料相關(包含軟硬體等設定)  □資料分析相關 | | |
| 請概述問題 |  | | |

* **中心填寫**

|  |  |
| --- | --- |
| 解決方案 |  |
| 中心諮詢人員簽名 |  |

**附註：本表經申請人確認後，正本由台灣心智科學腦造影中心收存。如欲前往中心者為兩位，請分別填寫資料。**  
 申請人簽名(諮詢完成後)：