

# 111 年度「特殊需求者牙科醫療服務獎助計畫」

## 綜合資料表

計畫名稱														
申請機構		申請機構統一編號 (8 位數字)											申請系所 (單位)	
執行 期 限	自 起 本年度計畫： 年 月 日 至 止													
111 年度	研究人力	申請金額												
第一項														
合 計														
簽約代表人		職 稱												
計畫主持人		職 稱		電 話		傳 真								
E-mail														
連絡地址														
共同主持人		職 稱		電 話		傳 真								
E-mail														
連絡地址														
計畫連絡人		職 稱		電 話		傳 真								
E-mail														
連絡地址														

(如篇幅不足，請自行增列)