

### 基本資料 Personnel Information

申請人 Name:

單位 Department:

指導教授 PI:

(本人省略)

識別證(學號)號碼 ID Number:

電話或電子信箱 Phone or Email:

使用期間 Usage Period:

/ / - / /  
年Year 月Month 日Day 年Year 月Month 日Day

### 計畫資料 Project Information

計畫名稱 Project Name:

IACUC編號 IACUC Number:

經費來源 Funding Source:

感染性物質/生物材料為何?(請詳細註明所用之病原正確名稱, 包含Species、Strain或Toxin等)

Please State the Involved Biohazards (Name, Species, Strain, Toxin, etc.):

動物物種 Animal Species:

動物品系 Animal Strain:

動物隻數 Animal Number: ♂ / ♀

接種至動物之途徑或方法 Route of Inoculation:

接種後實驗會持續多久? How Long will the Experiment Last after Inoculation?

對何者有病原性?(可複選) The Biohazard is Pathogenic to:  人類 Human  動物 Animals

### 計畫資料 Project Information (Cont'd)

傳染途徑(可複選) Route of Transmission:   Oral  呼吸道 Respiratory  接觸 Contact

蟲媒傳染(請註明) Vector-Borne, Please State:

其他(請註明) Other, Please State:

感染人或動物後會產生之疾病名稱及症狀 Disease Name and Symptoms Caused by the Biohazards:

其他照護期間需注意事項 Other Notices During Husbandry Period:

### 申請人簽名 Signature of Applicant

申請人簽名 Signature of Applicant: Year/ Month/ Day

計畫主持人簽名 Signature of PI: Year/ Month/ Day

### 實驗動物中心審核 Review by Center for Laboratory Animals

ABSL-2管理員簽名: 年/ 月/ 日

獸醫師審核結果:  同意  不同意, 原因:

獸醫師簽名: 年/ 月/ 日

實驗動物中心主任覆核: 年/ 月/ 日

註: 請於實驗開始至少一週前繳交此申請表; 若少於一週, 將由獸醫師自行延後實驗核准開始日期。  
Please submit this form at least 1 week prior to implementing the experiment; if not, the approved initial date of your experiment will be automatically postponed by the veterinarian.