**醫學教育品質認證**

**付款證明單**

|  |  |
| --- | --- |
| 學校名稱 |  |
| 申請單位名稱 |  |
| 付款項目  (請勾選) | 1.□認證審查費(勾選)：  (1) □全面訪視費 ：總金額＿＿萬；□分期第\_\_\_期款 或 □一次付清  (2) □實地追蹤訪視費：總金額\_\_\_\_萬；□分期第\_\_\_期款 或 □一次付清  (3) □書面追蹤審查費：總金額＿＿萬 (一次付清)  2.□新設立醫學系或學士後醫學系訪視費（尚未授予認證結果）： 總金額\_\_\_\_\_萬；□分期第\_\_\_期款 或 □一次付清  3.□認證品質證書維護費(第\_\_\_年，NT$10萬/年)  4.□證書補發費 (NT$ 1萬)  5.□申訴作業費 (NT$ 9萬)  6.□實地訪視證明書費 (NT$ 1000) |
| 付款金額  (新臺幣大寫) |  |
| 付款方式  (請勾選) | □即期支票 □銀行匯款 |

※以上資料請務必填寫，以免影響本身權益。

|  |
| --- |
| ＊支票請用迴紋針別於本單上。  ＊匯款之付款收據影本請黏貼於此。  **付款收據影本黏貼處** |

※備註：

1.認證申請程序：認證申請程序：**學校來函檢附「認證申請書」(本會認證作業細則附表)，**本會函復受理申請(該函為學校向教育部提報申請補助之証明文件)後，進行委辦簽約或採購投標事宜。本會函送契約及收據請款，**學校完成付款請來函檢附「付款證明單」及**

**用印契約**，始完成申請程序。

2.書面追蹤審查申請程序：學校接獲本會通知後辦理付款，並來函檢附「申請書」及「付款證明單」，本會將函復受理申請及收據。

3.付款方式請擇一：

(1)即期支票：支票抬頭「財團法人高等教育評鑑中心基金會」

(2)銀行匯款：彰化銀行大安分行，銀行代碼009，帳號**「5130-01-002126-00」**

戶名「財團法人高等教育評鑑中心基金會」**(註:請留意醫學系認**

**證與一般系所委辦認可之帳號不同)**

4.本會聯絡電話：02-77557298；傳真02-33431227

通訊地址：10644臺北市和平東路一段179號7樓