臺北醫學大學暨附屬機構教職員專利申請同意書

|  |  |
| --- | --- |
| 專利代表人(提案人)姓名 |  |
| 所屬單位 |  |
| 專利技術名稱 |  |
| 研發成果管理委員會-會議期別 |  |
| 會議決議 |  |

 依據《臺北醫學大學暨附屬機構研發成果管理與運用施行細則》第五條第一項，本人為本專利之代表人，同意依照上述研發成果管理委員會會議決議進行專利申請、答辯、領證、維護或其他相關專利程序，及負擔所有發明人須自行負擔之專利費用，於收到帳單1個月內完成繳付，並盡力提供專利技術資訊及協助專利辦理之相關文件，善盡發明人專利申請之義務。若未依照會議決議自行辦理專利相關事宜，因而產生之所有費用，本人願全額負擔。如有違反上述各項事宜，願意放棄《臺北醫學大學暨附屬機構研發成果管理與運用施行細則》第十二條中有關發明人或創作人「研發成果運用獲得之收入分配」相關權益，並且放棄以上述專利及後續技轉績效做為教職員升等計分項目之權益。

|  |  |
| --- | --- |
| 本專利發明人費用經費來源（請打勾） | □現金支付出納組或自行匯款事務所□研究計畫支應(計畫名稱：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)(預算編號：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)□其他繳付方式：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ |

此致 臺北醫學大學

立同意書人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ （簽名）

身分證字號：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

戶籍地址：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

日期： 112 年 月 日