|  |
| --- |
| **基础医学院实验室仪器设备预约使用申请表** |
| 申请人 |   | 性别 |   | 职务 |   | 单位 |   |
| 年级 |   | 学号 |   | 导师 |   | 专业 |    | 联系电话 |    |
| 申请者类别 | 1.硕士□  2.本院职工□ 3.院外人员□ | 是否需要延期 | 是□否□ |
| 申请使用本仪器设备工作起止时间 | 年   月   日至   年   月   日 |
| 申请在本仪器设备延期工作起止时间 | 年   月   日至   年   月   日 |
| 课题简介： |
| 拟使用的仪器设备名： | 型号： |
| 拟在本室进行的实验工作：    |
| 是否同意遵守本实验室仪器设备使用等各项规章制度，同意遵守执行者请签名：                                                       签名： |
| 实验经费来源： 课题经费编号：  |
| 注：提前说明的问题          ①仪器使用申请批复后，需预先交纳适当的仪器使用费； ③进入实验室前需熟悉了解本室各项规章制度，签名同意遵守者如违反规定，将按规定处罚； |
| 申请人签名 签名：        年   月   日 | 导师/课题负责人意见 签名：           年   月   日  | 实验室负责人意见 签名：           年   月   日 |