|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | | | | |