逸夫医院中心实验室入室申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人 |  | 科室 | |  | |
| 工号/学号 |  | 联系方式 | |  | |
| 所属项目类型 |  | 项目编号 | |  | |
| 结题时间 |  | 负责人 | |  | |
| 是否参加中心实验室组织的培训及考核 | | | |  | |
| 简述实验内容（包括实验方案，计划使用仪器等，可附页） |  | | | | |
| 起始日期 |  | | 结束日期 | |  |
| 申请人 | 我已详细阅读并同意遵守逸夫医院中心实验室管理制度，且在相关科研成果中致谢中心实验室。  签字: 日期： | | | | |
| 课题负责人或导师意见 | 审批意见：  签字:  日期： | | | | |
| 实验室主任意见 | 审批意见：  签字：  日期： | | | | |