

基础医学院仪器设备使用申请表

托管单位：

申请使用设备名称：

编号：

填表日期： 年 月 日

申请人		联系电话	
部门院系			
学生/年级			
课题负责人		联系电话	
使用内容与项目			
申请人签名		课题负责人签名	
预约使用时间	年 月 日 星期 时间 共计 分钟		

以下由管理员填写：

样品数量		收费标准：	
实际使用时间	年 月 日 星期 时间 共计 分钟		
使用前仪器状态		使用后仪器状态	
申请人签名		操作及管理签名	

注意事项：

- 1.每台仪器一张，请使用黑色签字笔填写。
- 2.超过预约时间半小时未前来使用的，本次预约自动取消。
- 3.托管单位地址：