**南京医科大学第二附属医院实验中心**

**单个仪器使用申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 学 号 |  |
| 导 师 |  | 专 业 |  |
| 拟申请学位 |  | 拟使用时间 |  |
| 拟使用仪器名称 |  |
| 拟进行实验内容 |  |
| 申请者联系方式 | 手机 |  |
| e-mail |  |
| 微信号 |  |
|
| 实验室安全课程成绩及证明(截图) |  |  |
| 课题负责人（或导师）联系方式 | 手机 |  |
| e-mail |  |
| 申请人签名： 导师签名： |