**山东第二医科大学**

**医学研究实验中心大型仪器设备使用登记表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **申请人** | **联系电话** | **使用时段** |
|  |  |  |
| **部 门****（专业及学号）** |  |
| **课题名称** |  |
| **课题来源** |  | **课题编号及起止年限** |  |
| **课题负责人****（导师）** |  | **联系电话** |  |
| **拟使用的大型仪器设备：** |
| **设备使用人****签字**  **年 月 日** |  **课题负责人/导师审核：****签字****年 月 日** | **医学研究实验中心审核**： **签字****年 月 日** |

**备注：**请如实填写登记表，凡发现情况不实者，实验中心有权拒绝使用申请。

联系电话：0536-8462463