附件1
**山东第二医科大学医学研究实验中心入驻申请表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **申请者姓名** | **联系电话（手机）** | **拟定实验日期** |
|  |  | 年 月 日 至 年 月 日 |
| **部 门****（专业及学号）** |  |
| **课题名称** |  |
| **课题来源** |  | **课题编号** |  |
| **课题负责人****（导师）** |  | **联系电话** |  |
| **拟开展实验内容：** |
| **拟开展实验项目（如细胞培养、PCR等）：** |
| **拟用仪器设备（有无特殊要求）：** |
| **申请人签字：**   **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（盖章）**年 月 日** |

**备注：**请入驻人员如实填写申请表，凡发现情况不实者，实验中心有权拒绝申请。

联系电话：0536-8462461；E-mail：syzx@sdsmu.edu.cn