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](mailto:syzx@sdsmu.edu.cn)