**昆明医科大学科研实验中心仪器设备使用申请表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **申请人** |  | **所属学院（部门）** | |  |
| **工号/学号** |  | **年级及专业** | |  |
| **联系方式** |  | **导师姓名** | |  |
| **申请使用仪器名称、样品数量及测试要求** |  | | | |
| **所属课题、项目、基金名称及代码（请填写在研项目名称）** |  | | | |
| **申请测试时间**  **（精确到小时）** |  | | | |
| **导师意见** | \_\_\_\_\_\_\_（同意/不同意）申请。  导师或部门负责人签名：  年 月 日 | | | |
| **科研实验中心仪器负责人意见** | \_\_\_\_\_\_\_（同意/不同意）申请。  签名：  年 月 日 | | | |
| **实际测试时间**  **（精确到分）** |  | | | |
| **原始数据当场交付确认** | □已交付 | | | |
| **使用人签名** |  | | **仪器负责人签名** |  |