**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** |  |