无锡医学院医学科研中心门禁授权申请流转表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 专业/年级 |  | 所在学籍 | 学校 学院 |
| 一卡通卡号 | |  | | 联系方式 |  |
| 所属科研团队 | |  | | 导师姓名及联系方式 |  |
| 申请开通时间段 | |  | | | |
| 本人承诺， 为本人在江南大学研究生院备案的第一导师，现申请开通医学院医学科研中心玻璃大门，消毒洗涤室（B102），显微成像室（B106），生物医学基础测试平台一区、二区（B112-114、B116-118）门禁权限，在医学科研中心内进行实验过程中严格遵守中心各项规定，线上预约、规范操作、保持实验环境干净整洁，维护医学科研中心制度良好运行。  本人签字：  年 月 日 | | | | | |
| 本人承诺，本人确为该外院学生在江南大学研究生院备案的第一导师，并为该生在医学院医学科研中心内的一切行为负责。  导师签字：  年 月 日 | | | | | |
| 本人已对该生所有信息进行核实，证明以上情况属实。  医学科研中心经办人：  年 月 日 | | | | | |
| 医学科研中心主任：  年 月 日 | | | | | |

备注：该表仅适用于江南大学学籍的在籍研究生填写，一式三份，一份交由医学院信息化系统管理员留存，一份交由医学科研中心留存，一份本人留存。