

医学院医学科研中心仪器考核申请表

学号		姓名	
Email 信箱			
用户类别	<input type="checkbox"/> 教师 <input type="checkbox"/> 本科生 <input type="checkbox"/> 硕士生 <input type="checkbox"/> 博士生 <input type="checkbox"/> 博士后 <input type="checkbox"/> 其他		
手机号码		年 级	
课题组		办 公 室	
申请考核的仪器			
是否已在大仪系统申请培训并完成自主学习			
用户签字： <div style="text-align: right;">年 月 日</div>		导师签字： <div style="text-align: right;">年 月 日</div>	
仪器管理人员审核意见： 			

填写注意事项：

1. 请用学号作为用户名注册，并填写真实姓名；年级请填写入学年份；
2. 请按注册要求填写相关信息；
3. 电话号码最好填写手机号码；
4. 课题组填写测试经费负责人；
5. 所用仪器填写导师同意使用的仪器；
6. 填写该表格，导师签字后送至仪器管理人员审核。