**桂林医学院附属医院广西神经系统疾病临床医学研究中心准入申请**

尊敬的科室领导：

 本人是  （姓名）， （学校）

 （专业），学号 ，联系方式： ，

导师是： ，导师联系方式： ，特此申请进入广西神经系统疾病临床医学研究中心（东城校区科教楼6楼）进行 （毕业设计、大学生创新实验等），期限为 年 月 日至 年 月 日，在此期间，由  （老师）负责管理，本人承诺严格遵守该实验室的管理规定，认真完成实验，敬请批准！

申请人：

导师签字：

负责老师签字：

科室负责人签字：

年 月 日