**桂林医学院附属医院临床实验中心实验人员进入中心申请表**

编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **个人信息** | | | | | | | | | | |
| 基本情况 | 本科生□ 硕士生□ 博士生□ 医院职工□ | | | | | | | | | 照片 |
| 姓名 |  | | | 性别 | |  | | | |
| 学号/工号 |  | | | 电话 | |  | | | |
| 科室 |  | | | 专业 | |  | | | |
| **导师/课题负责人信息** | | | | | | | | | | |
| 姓名 | |  | 电话 | |  | | 课题经费号 | |  | |
| **科研项目概况** | | | | | | | | | | |
| 申请起止时间 | | | **年 月 日** 至 **年 月 日** | | | | | | | |
| 科研项目名称： | | | | | | | | | | |
| 科研项目级别： （需提供申请书/经费本首页复印） | | | | | | | | | | |
| 拟用仪器设备名称： | | | | | | | | | | |
| **进入中心流程** | | | | | | | | | | |
| **导师/课题负责人**  签名：  年 月 日 | | | **中心经办人审核**  经办人：  年 月 日 | | | | | **中心主任/副主任**  签名：  年 月 日 | | |
| **安全及制度培训：**  签名：  年 月 日 | | | **仪器培训：**  签名：  年 月 日 | | | | | **门禁卡发放：**  签名：  年 月 日 | | |

备注：进入中心实验人员请加QQ群：763879577