

药植所扫描电子显微镜（JSM-6510LV）预约使用申请表

申请人		职务	<input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 三生 <input type="checkbox"/> 老师		联系电话	
所属中心		课题组长			导师姓名	
办公地点		IC 卡号*			E-mail	
样品类型	<input type="checkbox"/> 动物或动物组织 <input type="checkbox"/> 植物或植物组织 <input type="checkbox"/> 有机材料 <input type="checkbox"/> 无机材料 <input type="checkbox"/> 其他（请注明）：_____			样品数量		
测试内容	<input type="checkbox"/> 二次电子像（SEI） <input type="checkbox"/> 背散射电子像（BSE） <input type="checkbox"/> 二次电子像+背散射电子像（SEI+BSE）			所需前处理	离子溅射____次 冷冻干燥____次	
预约使用时间	_____年____月____日 ____:____至____:____					
拟进入仪器房间的使用人员						
姓名	职务	体温/℃	联系电话	IC 卡号*		
	<input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 三生 <input type="checkbox"/> 老师					
	<input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 三生 <input type="checkbox"/> 老师					
	<input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 三生 <input type="checkbox"/> 老师					
实验的必要性说明（课题或题目）						
所在课题组负责人意见						
签名：_____ 年 月 日						

*注：IC 卡号由科研保障中心识别填写其他信息请申请人填写完整。