

药植所透射电子显微镜（JEM-1400）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	
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。