附件一

**编号NO：A**

**甘肃省生物治疗与再生医学重点实验室使用申请单**

**甘肃省生物治疗与再生医学重点实验室：**

**由于工作需要，希望能在贵实验室完成一些实验工作（工作内容见下表）。在实验期间我将保证遵守贵单位的规章制度，望予以批准为盼。**

**申请人： 日期： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **实验人员**  **基本信息** | 姓 名 |  | 性 别 |  |
| 单位名称 |  | 项目负责人 |  |
| 项目来源及名称 |  | | |
| 地 址 |  | | |
| 实验人员 | | 项目负责人 | |
| 实验人员手机 |  | 职 务 |  |
| E-mail |  | 电 话 |  |
| **期限** | 预定： | 自 年 月 日 至 年 月 日 | | |
| **实验内容及目的** | ◎免疫学,如ELISA等 ◎细胞学 ◎蛋白质学  ◎标本保存 ◎流式细胞术 ◎分子生物学  ◎免疫组化 ◎其它 | | | |
| **导师** | 签名： 日期： | | | |
| **实验负责人** | 签名： 日期： | | | |
| **实验室负责人** | 签名： 日期： | | | |
| **申请人注意事项：**   1. 研究人员接受科室规章制度和实验培训，同时接受实验室管理 2. 发放《实验室安全手册》，承诺遵守实验室各项安全制度 3. 预先缴纳实验费押金，按照收费标准执行 4. 发放工作牌 | | | | |

**备注：**

1. **此表适用于全院人员、研究生及外单位有需要科研人员申请进入实验室进行实验工作使用。与离开表匹配使用，编号相同，进入加标“A”，离开加标为“B”**
2. **具体的实验方案，请发邮件至baizht07@lzu.edu.cn详细说明。**
3. **在实验期间保证遵守实验室的规章制度及管理，如违反规定或损坏设备设施者，按医院的相关制度进行处理。**
4. **此表由甘肃省生物治疗与再生医学重点实验室存档保存。**