**公共卫生学院预防医学实验教学中心实验室及仪器使用申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **申请人姓名** |  | **学号** |  |
| **申请人指导老师** |  | **工号** |  |
| **所在部门** |  | **手机号码** |  |
| **申请事由** |  | | |
| **申请期限** | 年 月 日 时 至年 月 日 时 | | |
| **申请区域（可多选）** | □教室：  □仪器：  □其它： | | |
| **指导老师签字** | 指导老师签字：  年 月 日 | | |
| **申请人所在学科系意见** | 负责人签字盖章：  年 月 日 | | |
| **承诺书** | 本人申请实验教学中心门禁授权开展实验。我承诺，该授权仅限本人使用，不外借他人。本人将严格遵守实验室管理制度，服从实验教学中心安排，保障实验室财产安全。如因个人违反门禁使用规定和实验室管理制度所造成的一切后果由本人承担。  申请人签名： 日期： | | |

**\*注意事项：用完必须打扫教室，桌椅板凳必须摆放整齐，且关电锁门。申请人及其导师对申请使用期间教室/实验室的安全与卫生负责。**