

公共细胞培养室入驻申请表

编号：

申请人：	性别：	职务： 教师/学生	职称/年级：
导师：	联系电话：	Email：	
实 验 内 容	<input type="checkbox"/> 原代培养 <input type="checkbox"/> 传代培养 <input type="checkbox"/> 正常体细胞培养 <input type="checkbox"/> 肿瘤细胞培养 <input type="checkbox"/> 干细胞培养 <input type="checkbox"/> 克隆培养 <input type="checkbox"/> 细胞毒性实验 <input type="checkbox"/> 细胞融合 <input type="checkbox"/> 细胞转染 <input type="checkbox"/> 其它 _____		
使用 时 间	年 月 日 年 月 日	出 入 频 率	<input type="checkbox"/> 每天一次 <input type="checkbox"/> 每天两次 <input type="checkbox"/> 一周两次 <input type="checkbox"/> 一周三次
培 训 安 排	<input type="checkbox"/> 需要 <input type="checkbox"/> 不需要	申 请 培 训 时 间	年 月 日 年 月 日
申 请 人 签 字	本人承诺：将严格遵守细胞培养室管理规章制度，服从管理；如有违反，原有接受相关处罚。 签名： _____ 年 月 日		
导 师 意 见 及 培 训 后 确 认	（请对学生能否申请培训予以确认） 签字： _____ 年 月 日	（请承诺对学生使用细胞房过程中的规范操作予以督促） 签字： _____ 年 月 日	
培 训 老 师 意 见	（请对学生能否达到规范使用细胞室予以评价） 签字： _____ 年 月 日		
细 胞 室 负 责 人 意 见	（如同意使用，请填写对使用者的要求与责任；如不同意使用，请写明具体理由） 签字： _____ 年 月 日		
备 注			

注：本表一式三份，细胞实验室负责人一份，导师或本人一份，医学院实验中心存档一份。