

兰州大学第二医院（第二临床医学院）

萃英生物医学研究中心入室申请表

注：需正反打印

申请人姓名		联系电话		科室	
导师姓名		导师电话		导师邮箱	
申请人身份	<input type="checkbox"/> 临床、医技人员 <input type="checkbox"/> 护理人员 <input type="checkbox"/> 专职科研人员 <input type="checkbox"/> 博士研究生 <input type="checkbox"/> 硕士研究生 <input type="checkbox"/> 本科生 <input type="checkbox"/> 其他_____				
导师身份	<input type="checkbox"/> 校内 <input type="checkbox"/> 院内 <input type="checkbox"/> 校外				
经费来源	<input type="checkbox"/> 国家自然科学基金 <input type="checkbox"/> 973/863 重大科技专项 <input type="checkbox"/> 省部级计划课题 <input type="checkbox"/> 萃英科技创新计划 <input type="checkbox"/> 国家级大学生创新创业 <input type="checkbox"/> 萃英学子计划 <input type="checkbox"/> 横向课题 <input type="checkbox"/> 学位论文 <input type="checkbox"/> 其它_____				
经费负责人			联系电话		
入室平台	<input type="checkbox"/> 免疫治疗与转化医学研究平台	拟使用设备			
	<input type="checkbox"/> 基因研究平台				
	<input type="checkbox"/> 蛋白质研究平台				
	<input type="checkbox"/> 生物成像研究平台				
	<input type="checkbox"/> 生物样本与分子病理研究平台				
平台负责人签字					
拟入室时间	_____年 ____月 ____日至 ____年 ____月 ____日（入室周期最多填写一年，一年后需重新开卡办理入室；若毕业或连续6个月不预约使用仪器需办理退室，如未办理将取消入室权限）				

安全培训成绩（学习通 90 分合格）

合格 不合格

入室必读：

务必遵守各项法律法规及规章制度，包括《中华人民共和国生物安全法》、《病原微生物实验室生物安全管理条例》等，其中需重点关注：

- 1) 实验样本生物安全级别不超过 BSL-1；
- 2) 严格区分实验区域和生活区域，禁止将生活用品带入实验区域或将实验用品带入生活区域；
- 3) 预约设备前请仔细阅读设备预约须知，账号仅限本人使用，按时上下机，如有违反，将由相关部门按照相关规定进行处理。

本人已经阅读上述所有要求事项并同意，如有违反，愿按条例接受处理。

承诺人签字：

导师签字：

填表时间： 年 月 日