**生科院细胞培养房预约申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **课题组组长姓名** |  | **校园卡号** |  |
| **联系电话** |  |
| **电子邮箱** |  |
| **实验人员姓名** | **1.** | **2.** | **3.** |
| **校园卡号** |  |  |  |
| **联系电话** |  |  |  |
| **电子邮箱** |  |  |  |
| **实验项目名称** |  | | |
| **预计使用时间** |  | | |
| **课题组组长签字** |  | | |
| **实验人员签字** |  | | |
| **细胞房负责人签字** |  | | |
| **学院领导签字** |  | | |
| **备注** |  | | |

**注：**

1. **本表一式两份,实验室负责人一份,交课题组负责人一份。**
2. **申请使用细胞房的实验人员，必须严格遵守生科院细胞培养房管理办法和生科院细胞培养房使用基本流程。**