附件1：

医学院细胞培养室使用申请表

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 | □原代培养 □ 传代培养 □ 正常体细胞培养 □肿瘤细胞培养 □干细胞培养  □克隆培养 □细胞毒性实验 □细胞融合 □细胞转染 □其他＿＿＿＿＿ | | | | | | |
| 使用时 间 | 年 月 日 —  年 月 日 | | 出 入  频 率 | | □每天一次 □每天两次  □一周两次 □一周三次 | | |
| 培训安 排 | * 需要   □ 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，愿接受相关处罚。  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3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。