**济宁市第一人民医院**

**公共实验平台使用审批表**

实验室名称： 填表时间：

|  |  |
| --- | --- |
| 申请科室 |  |
| 主要研究人员 |  | 联系电话 |  |
| 参与研究人员 |  |
| 计划实验时间 |  |
| 实验内容 |  |
| 课题名称 |  |
| 课题来源 |  |
| 申请人签字 |  年 月 日 |
| 申请科室科主任签字 |  年 月 日 |
| 实验室负责人签字 |   年 月 日 |
| 备注 | 请提前一周办理登记审批手续 |

济宁市第一人民医院科教部制