**天然药物活性筛选中心公共实验室进入申请表**

|  |
| --- |
| 天然药物活性筛选中心：本人\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ，身份\_\_\_\_\_\_\_\_（职工/学生），隶属于\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_单位，\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_课题组，联系电话\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。望到贵中心公共实验室开展\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（细胞培养/质粒提取/PCR扩增/核酸电泳/蛋白电泳）实验，能够独立使用或由\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_指导使用公共实验室配套仪器，已认真阅读《活性筛选中心公共实验室规章制度》的全部内容，清楚上述要求并保证严格遵守。现申请进入天然药物活性筛选中心公共实验室。 |
| 申 请 人：课题组长： 年 月 日 |
| 公共实验室管理员意见及签字： 年 月 日 |
| 中心主管意见及签字：  年 月 日 |