**临床技能综合培训中心实验室预约申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申请人姓名** |  | **申请人单位** |  | **申请人电话** |  |
| **申请者身份** |  | **指导教师姓名** |  | **指导教师单位** |  |
| **课题名称或实验项目名称** |  | | | **预约实验起止时间** |  |
| **申请部门意见** | 签字（盖章）  年 月 日 | | | | |
| **安排场地** |  | | | **安排日期** |  |
| **实验室值班**  **教师签名** |  | | | | |

备注：请于申请日的前三个工作日将电子版及纸质版申请书交至临床技能综合培训中心二楼办公室。联系人：郭蓉臻 联系电话：6746026 QQ邮箱: 1305458215@qq.com