

卫健委配子及生殖道异常研究重点实验室准入申请表

编号：

姓名		导师		一寸 照片
性别		年级		
联系方式		学号		
类型	全日制/非全日制 博士/硕士/本科 其它：			
培养单位/科室				
申请期限	年 月 日 至 年 月 日			
申请事由				
带教教师 (同学)	签字：			
导 师 意 见	导师签字： 年 月 日			
考 核 意 见	负责人签字： 年 月 日			
注 意 事 项	1.填写此表前请认真学习“卫健委配子及生殖道异常研究重点实验室仪器设备管理细则”及“安徽医科大学实验室安全手册”。 2.请在带教教师（同学）的陪同及指导下进行实验，并严格遵守实验室规章制度，如有违规，按照相关规定处罚。 3.学生在学习期间的一切问题，责任直接追溯到带教老师和导师。 4.未参加安全培训及安全考试的学生，无仪器使用权限，不录门禁。			