**细胞房使用申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 学号 |  |
| 联系电话 |  | QQ及邮箱 |  |
| 所在实验室 |  | 收费标准 |  60 元/天 |
| 预约使用时间段 | 年 月 日 ~ 年 月 日 |
| 助手/若无则不填 | **姓名：** **学号：** **导师：**  |
| 实验细则 | **1、课题名称：** **2、实验目的：** **3、细胞名称及来源：** **4、实验流程：**（包括细胞实验如冻存、复苏、传代等及测定指标）**5、潜在危害：**□剧毒 □传染源 □其他 □无 |
| **以下由细胞管理员填写** |
| 该申请人是否培训 |  □是 □否 | 培训日期 |  |
| 转账金额 |  元 | 开卡天数 |  天 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请人签字： |  | 日期： |  |
| 导师签字： |  | 日期： |  |
| 细胞管理员签字： |  | 日期： |  |

**说明：**

1. 收费准则，不足预约时间原则按预约时间计，超出预约时间，根据具体使用情况补收费用，请认真计划安排时间；

2. 收费标准仅包含细胞房及相关仪器、设施的使用，试剂及耗材等相关消耗品自备；

3. 申请人使用过程中出现的违规操作都会记录在案，中心有权追究相关责任或做出相应处罚，包括停止预约实验；

4. 导师签字确保：申请人会遵从本实验室各项管理规定及仪器操作规程管理，并维护实验室的安全和卫生；

5. 申请人签字确保：已阅读相关说明及要求并遵守细胞房的各项管理规定。