

附件 1:

天然药物活性筛选中心门禁权限申请表

天然药物活性筛选中心:

本人_____，身份_____（职工/学生/客座等），
具备使用平台仪器和公共实验室情况_____（是否能独立操作/由谁指导操作），隶属于_____课题组，联系电话 _____，已经认真阅读了《天然药物活性筛选中心大型仪器平台规章制度》、《天然药物活性筛选中心公共实验室管理制度》《天然药物活性筛选中心门禁权限管理制度》的全部内容，清楚上述要求并保证严格遵守。现申请开通活性筛选中心门禁权限。

申请人签字:

课题组长签字:

年 月 日

中心仪器管理员/公共实验室管理员签字:

中心审核意见:

权限开通起止时间:

审核人:

年 月 日