

附件 4:

云南省口腔医学重点实验室退出手续轮转单

姓名:		联系电话:	
单位及科室:		科主任/导师 (签字):	
事项	管理人确认签字		备注
分子生物学平台			
细胞平台			
组织形态学平台			
生物材料平台			
微生物平台			
实验经费			
液氮罐			
储物柜			
冰 箱	分子间: 细胞间:	-80℃冰箱:	
实验记录/毕业论文			
<p>云南省口腔医学重点实验室 (签章)</p> <p>实验室负责人 (签字):</p> <p>年 月 日</p>			