

附件 3:

云南省口腔医学重点实验室 节假日准入申请及安全承诺书

兹有_____科_____, 身份____ (A. 硕士研究生, B. 博士研究生, C. 本院职工, D. 本科, E. 外单位人员), 申请于_____年____月____日至_____年____月____日利用实验室进行_____实验。

本人拟_____时_____分到_____时_____分利用实验室_____平台。

本人承诺: 遵守实验室的各项规章制度, 服从实验室管理, 理解并支持假期值班老师和安全助管的工作; 注意节约用水用电, 保持实验室清洁; 爱护仪器设备, 如有损坏将按有关规定赔偿; 合理安排自己的实验时间, 在规定的关闭时间之前离开实验室。

申请人联系电话: _____

申请人 E-mail: _____

申请人 (签字):

年 月 日

导师/科室主任/项目负责人 (签字):

年 月 日

平台管理员 (签字):

年 月 日