附件2-华南理工大学生医学院公共实验平台门禁权限申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | **学工号** | **申请权限房间号** | **申请权限时间** |
| Xxx | xxxxxx | C1-axxx | 如：2025.9-2028.6 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 申请事由 | 签字：  年 月 日 | | |
| 导师  意见 | 导师签字：  年 月 日 | | |
| 学院安全员意见 | 签字：  年 月 日 | | |
| 学院  意见 | 学院盖章  负责人签字：  年 月 日 | | |

填报人/申请人联系电话：

备注：门禁权限申请表由导师签字后交至学院办公室（C1-b323）黄老师处，电子版申请表请发送至huangjp@scut.edu.cn邮箱。