

关于中心实验室（公共实验平台）准入申请通知

各科室：

近期 2024 级研究生新生及新职工报到，为进一步加强中心实验室（公共实验平台）的管理，确保其安全、有序运行及高效利用，保障实验室生物安全。现进出该平台的科研人员（包括全体研究生）需提交《公共实验平台使用申请表》及《公共实验平台准入培训表》，提交申请并完成中心实验室（公共实验平台）安排的生物安全知识、仪器规范操作等相关培训后方可获得准入资格。提交日期：8 月 29 日~9 月 10 日。

请各位申请人认真填写相关表格，并尽快提交纸质材料至检验中心宋翌琰处，联系电话：15250966526。

检验中心

公共实验平台

科教科

2024 年 8 月 29 日

附件 1:

苏州市第五人民医院公共实验平台使用申请表

姓名	性别	科室
学历	专业	
联系方式	电子邮箱	
人员类型	☐ 本院职工 ☐ 本院学生 20 级 ☐ 外院学生 20 级	
实验开展情况		
实验开始时间		
实验结束时间		
每周实验时间	☐ 每天 ☐ 3-4 天 ☐ 1-2 天	
简要说明所开展的实验 研究内容		
所使用的主要 实验仪器、设备		
申请者承诺	我保证已仔细阅读和完全接受《实验室工作制度》，如实填写本表各项内容。若获批准，我承诺严格遵守实验室所有的规章制度，自觉维护实验室设备和安全，否则，将承担相应的责任。 签字： 日期： 年 月 日	
申请科室/指导 老师意见	签字： 日期： 年 月 日	
检验中心意见	签字： 日期： 年 月 日	
科教科意见	签字： 日期： 年 月 日	
分管领导意见	签字： 日期： 年 月 日	
备注：		

注：本表由检验中心管理员归档保存。

附件 2:

苏州市第五人民医院公共实验平台准入培训表

姓名		
联系方式		电子邮箱
培训情况		
培训项目	培训内容	培训老师签字
☐ 实验室安全		签字： 日期： 年 月 日
☐ 细胞培养室使用		签字： 日期： 年 月 日
☐ 仪器设备管理		签字： 日期： 年 月 日
☐ 日常管理		签字： 日期： 年 月 日
备注： 该申请人员已完成上述培训项目和内容，成绩 ☐ 合格、 ☐ 优秀。 实验室负责人/委托代表签字：日期： 年 月 日 本人已完成上述相关培训，承诺将严格按照医院实验室相关规定，开展科学实验活动。（请手写上述文字并签字） 签字：日期： 年 月 日		