**无锡市中医医院创新中心综合实验室仪器设备预约单（院外）**

**申请编号： 申请日期：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申请人信息** | 所在单位 | |  | | | | |
| 通信地址 | |  | | | | |
| 课题负责人 | |  | 电 话 | | |  |
| 联系人 | |  | 电 话 | | |  |
| **委托机构** | 机构名称 | | 无锡市中医医院创新中心综合实验室 | | | | |
| 通信地址 | | 无锡市滨湖区中南西路8号科教大楼南面二楼 | | | | |
| 联系电话 | | 0510-88859999转72008 | | | | |
| **支付方式** |  | | 预约周期 | |  | | |
| **预约设备** | oMicro CT 🞎高分辨飞行时间质谱 o三重四极杆超高效液相质谱 oBD流式细胞仪 🞎生物能量仪  o其他设备（ ） | | | | | | |
| **样品类型** |  | | | **样品数量** | |  | |
| **是否回收** | o是 o否 | | | **样品保存条件** | |  | |
| **预约人承诺：**  □本人对所送样品及所填写的信息的真实性、完整性、合法性、有效性负责，并确认该样品不是国家管控化学品（含毒品及精神类管制药物）；  □本人知晓测试费用以测试完成后的核定费用为准，并承诺在费用核定后一个月内完成缴费；  □请送样时将本预约单签字后随样品附送，本预约单签字后生效。  预约人（签名）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_日期： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| 创新中心综合实验室审核 | | 年 月 日 | | | | | |
| 科研处审批 | | 年 月 日 | | | | | |