**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 |