



BSL2 細胞培養室 使用權限申請表

申請日期： 年 月 日

| | | | |
|---------|--|---------|--|
| 申請人姓名 | | 申請人身份 | |
| 所屬單位或系所 | | 學號或員工編號 | |
| 聯絡電話 | 分機： 手機： | 實驗室主持人 | |
| 請勾選 | <input type="checkbox"/> 已通過「臺北醫學大學安全衛生教育訓練課程」 合格證號： <input type="checkbox"/> 已了解「臺北醫學大學口腔醫學院 BSL2 細胞培養室使用規範」，並同意遵守相關規定。 | | |
| 請說明 | 預計操作之細胞株名稱為_____ | | |
| 申請人 | (簽章) | | |
| 實驗室主持人 | (簽章) | | |

管理人員核定表

合格之訓練項目：

- 細胞培養室無菌安全規範 生物安全操作櫃 細胞培養箱 倒立式相位差顯微鏡
 桌上型多功能離心機

使用權限效期：_____學年__學期至_____學年__學期

(博士生及博士後研究員為四學年，其餘身份(碩士生及研究助理)為二學年)

門禁卡編號：

管理人員簽章：

日期：

※預約使用細胞培養室請洽張良裕 alex627324@gmail.com