



# BSL2 細菌培養室 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 細菌培養室使用規範」，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：

細菌培養室無菌安全規範  生物安全操作櫃  細菌培養箱  分光光度計

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：

※預約使用細菌培養室請洽范芳瑜老師 [fish884027@tmu.edu.tw](mailto:fish884027@tmu.edu.tw)