

P1 共同實驗室使用申請書

日期： 年 月 日

所屬單位	<input type="checkbox"/> 牙醫學系 <input type="checkbox"/> 牙體技術學系 <input type="checkbox"/> 口腔衛生學系		
指導老師	聯絡電話		
	Email		
實驗室指導人員	聯絡電話		
	Email		
使用者	聯絡電話		
職稱	Email		
台北醫學大學安全衛生訓練證號			
操作品項	<input type="checkbox"/> 細胞 <input type="checkbox"/> 初代細胞 <input type="checkbox"/> 學生細胞操作		
<p>注意事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 細胞來源遵守衛福部『感染性生物管理辦法』，為 BSL1 等級的低感染風險來源</li> <li>2. 老師與實驗室指導人員已確實指導並確認可單獨操作</li> <li>3. 同意『口腔轉譯醫學研究中心 P1 共同實驗室使用規範』</li> </ol> <p>使用者將確實遵守相關使用規範，如有違反將依中心規定處理</p> <p style="text-align: right;">第一版 申請書經口腔醫學院院務會議通過頒布</p>			
申請人簽章		指導老師簽章	
管理者簽章		中心主任簽章	
院經理簽章		院長簽章	