**脑机协同信息行为重点实验室**

**设备预约申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **申请人** |  | **所在学院或单位** |  |
| **联系电话** |  | **预约设备名称** |  |
| **实验前设备是否完好** | A．是 B. 否 | **实验后设备是否完好** | A．是 B. 否 |
| **预约时间** |  | | |
| **用途** | 科研 实习 教学 其他： | | |
| **实验内容** |  | | |
| 本人因研究需要，现申请使用 实验室。在实验期间将严格准守实验室管理规定，爱护实验设备，维护实验环境卫生整洁，否则按照实验室管理相关规定处理。  申请人签字：  日 期： | | | |
| 我已知晓并同意该学生进行上述实验，请实验室管理人员协助完成其指纹录入和实验设备预约使用。  导师签字：  日 期： | | | |