|  |
| --- |
| **临床药理研究所细胞培养室使用申请表** |
| 普通细胞室 | 使用时间 |  |
| 姓名 |  |
| 年级 |  |
| 培养品种 | 细胞系： |
| 原代细胞： |
| 洁净细胞室 | 使用时间 |  |
| 姓名 |  |
| 年级 |  |
| 培养品种 | 细胞系： |
| 导师签字 |  |