

**高雄醫學大學醫藥暨應用化學系**  
**化學教學、核心技術實驗室及溶劑系統實驗室**  
**儀器使用暨門禁申請書**

申請日期：

實驗室及分機：

☐ 845 核心技術實驗室    ☐ 819 實驗室

☐ 1132 教學實驗室

| 申請人填寫 |    |    |       |        | 承辦人填寫   |
|-------|----|----|-------|--------|---------|
| 學制    | 學號 | 姓名 | 申請人親簽 | 需使用之儀器 | 授權時間截止日 |
|       |    |    |       |        |         |
|       |    |    |       |        |         |
|       |    |    |       |        |         |
|       |    |    |       |        |         |
|       |    |    |       |        |         |
|       |    |    |       |        |         |
|       |    |    |       |        |         |
|       |    |    |       |        |         |
|       |    |    |       |        |         |
|       |    |    |       |        |         |

以上申請人已熟讀「高雄醫學大學醫藥暨應用化學系儀器使用規則」之所有規定並同意履行。

|                                 |              |            |         |
|---------------------------------|--------------|------------|---------|
| <input type="checkbox"/> 醫化系學生  | 指導教授簽章：      |            | 醫化系系主任： |
| <input type="checkbox"/> 非醫化系學生 | 所屬之該系指導教授簽章： | 醫化系專任教師簽章： |         |

請完成以上簽核後再繳交給承辦人。