**流域水循环模拟与调控国家重点实验室**

**仪器使用预约申请表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申请人： |  | 院内人员： □职工 □学生 □院外人员 |
| 联系电话： | 办公电话： 移动电话： | |
| Email |  | |
| 申请人单位 |  | |
| 项目名称 |  | |
| 申请实验项目来源及类型 |  | |
| 项目负责人（指导导师） |  | |
| 申请实验时间 |  | |
| 试验所需仪器设备 |  | |
| 是否需要实验室人员协助 |  | |
| 实验数据是否与实验室共享 |  | |
| 实验室审批情况 |  | |
| 实验室管理人员 |  | |