# 济宁医学院大型科研仪器设备专用申请表

（不开放服务的单台套原值50万元及以上的仪器设备必填）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 资产编号 |  | 设备名称 |  | | | 单价  （万元） | |  | |
| 所在单位 |  | | 所在实验室  或课题组 |  | | | | |
| 领用人 |  | 电话 |  | Email |  | | | |
| 申请专  用原因 | □功能特殊、研究目的特殊或技术要求特殊  □涉密  □嵌入大科学装置整体运行，不单独使用 | | | | | | 每周使用：约  （ ）小时 | | |
| 申请专  用时间 | □从（ ）年（ ）月（ ）日 至（ ）年（ ）月（ ）日  □终身 | | | | | | | | |
| 具体说明 |  | | | | | | | | |
| 领用人承诺：  我对上述信息的真实性负责，申请专用该设备，并对设备的日常管理负责。  签名：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 专家组核实意见（专家组不少于3名相关领域副高及以上职称成员）：  经核实，该设备由于 的原因，确实不能开放共享服务。  专家组组长签名：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 专家姓名 | 专家单位 | 专业领域 | | 职称 | 专家签名 | | | |
|  |  |  | |  |  | | | |
|  |  |  | |  |  | | | |
|  |  |  | |  |  | | | |
|  |  |  | |  |  | | | |
|  |  |  | |  |  | | | |
| 单位审核意见：  我单位已组织专家组核实，根据专家组意见，同意该设备不对外提供开放服务。    负责人签名（公章）：  年 月 日 | | | | | | | | | |

备注：因涉密无法公开接受专家组核实的设备，请附科研主管部门出具的涉密证明。