

原子力显微镜 Multimode8 预约登记表

申请者姓名：	<input type="checkbox"/> 教师； <input type="checkbox"/> 博士； <input type="checkbox"/> 硕士； <input type="checkbox"/> 本科
联系手机：	
所属单位 (学校、学院、科研机构)	
测试试样基本组分的描述： 样品数量：_____个	
试验环境：常温 <input type="checkbox"/> ； 常温液下 <input type="checkbox"/> ； 加热液下 <input type="checkbox"/> ； 试验项目：ScanAsyst <input type="checkbox"/> ； Tapping Mode <input type="checkbox"/> ； Contact Mode <input type="checkbox"/> ； PerkForce QNM <input type="checkbox"/> ； 其它特殊要求：	
<p><u>先进弹性体材料研究中心的样品（此栏申请者的指导教师填写）</u></p> 指导教师是否同意实验： 同意 <input type="checkbox"/> ； 不同意 <input type="checkbox"/> ； 指导教师签名： 日期：_____年_____月_____日	
<p><u>非先进弹性体材料研究中心的样品（此栏申请者的指导教师或送样责任人填写）</u></p> 指导教师或送样责任人是否已经知道收费标准并同意按此标准收费： 是 <input type="checkbox"/> ； 否 <input type="checkbox"/> ； 试验费用（元）： _____ 费用计算标准（小时*每小时费用）： _____ 指导教师或送样责任人是否同意实验： 同意 <input type="checkbox"/> ； 不同意 <input type="checkbox"/> ； 指导教师或送样责任人签名： 日期：_____年_____月_____日 仪器责任人是否同意实验： 是 <input type="checkbox"/> ； 否 <input type="checkbox"/> ； 仪器责任人签字： 日期：_____年_____月_____日	
	中心领导批示： 中心领导签字：

归档编号： (申请者不用填，归档用编号)

先进弹性体材料研究中心制