附件：

医学院统一身份认证申请单

本人 （姓名）， 身份证号码 ，因 （原因）于 （时间期限）期间在医学院 （课题组或部门名称）工作，已在浙大校网上以 （校外人员 / 部门自招人员2选1）身份申请统一身份认证，请予以审核。

 本人已购买在浙江大学医学院学习/工作期间的意外责任保险，自行承担期间人身安全责任。

 申请人签名

申请人手机号码

申请时间

部门或课题组负责人意见：

同意承担 在浙江大学医学院工作和学习期间的实验安全等相关责任。

签名：

时间：