附件2

**浙江大学医学院本科生“走进实验室”**

**体验计划登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 民族 | |  | 籍贯 |  | 专业 |  |
| 政治面貌 | | |  | | 班级 |  |
| 联系电话 | | |  | | 邮箱 |  |
| 选择项目序号 | | |  | | 指导教师姓名 |  |
| 承诺书 | 本人承诺严格遵守实验室安全管理规定及相关规章制度。  学生签字：  年 月 日 | | | | | |
| 指导教师意见：  签字：  年 月 日 | | | | | | |