

高雄榮民總 流式細胞分選儀使用預約申請表

申請單位：_____

申請人：	E-mail
所屬單位：	實驗室負責人：
聯絡地址：	
聯絡電話：	

流式細胞分選儀申請使用時間：

開始時間				結束時間			
年	月	日	時間	年	月	日	時間
			時 分				時 分

分選檢體敘述：

檢體種類	
使用 nozzle size	
所需螢光 filter	
分選狀況條件簡述	
總共分選管數	

我同意依收費標準，分攤該儀器之使用費及耗材費

申請人所屬實驗室負責人：_____（簽章）

申請日期：_____

.....

以下由管理單位填寫

流式細胞儀實際使用時間：

開始時間				結束時間			
年	月	日	時間	年	月	日	時間
			時 分				時 分

應收之使用費用：_____

流式細胞儀管理人(簽名)：_____

日期：_____