

# 中国科学院脑科学与智能技术卓越创新中心

## BSL-2 实验室使用申请（所外人员）

申请人		申请人单位	
联系电话		电子邮箱	
实验时间			
实验内容	申请人（签字）： 日期：		
课题组意见	课题组长（签字）： 日期：		
脑智中心合作课题组意见	课题组长（签字）： 日期：		
BSL-2 实验室意见	BSL-2 实验室负责人（签字）： 委员会推荐联合评审 PI（签字）：		

申请人承诺将仔细阅读并严格遵守神经所 BSL-2 实验室的各项管理规则和实验操作规范，严格遵守国家和上海地区病原微生物操作相关的法律法规。