**福建医科大学公共技术中心**

**­­­­­­­­­流式细胞分析实验室服务预约申请单**

1. **基本信息**

申请人姓名： 电话： E-mail：

学号\*： 年级\*： 专业\*：

导师姓名\*： 电话\*： E-mail\*：

单位： 学院（医院） 系（科室） 实验室（研究所）课题名称、编号及来源： 负责人：

\*：申请人若为在校学生，\*处必须填写

1. **预约项目：**请在相应的方框内勾选，并将必要的信息（相关划线内容）填写完整。

1. 样本来源：□细胞系 □原代细胞 □组织单细胞悬液 □外周血 □其它

 样本名称： (如Huh7细胞等)

2. 样本特性：□贴壁 □悬浮

3. 是否固定：□是 □否

4. 染色方式：□单染 □双染 □多染

5. 荧光种类：□405nm □488nm □640nm

 具体荧光素名称

 (如FITC,APC等)

6. 具体实验所需测试内容：

预计实验时间： 年 月 日至 年 月 日（累计多次的时间）

7.本仪器使用收费是否清楚： □是 □否

**三、 成果分享：**发表文章及获取其他成果得到本研究室重要技术支持时：

1. 是否同意将本研究室相关工作人员作为共同作者： □同意 □不同意

2. 是否同意在论文中致谢本研究室相关工作人员的付出： □同意 □不同意

申请人签名：

导师/课题负责人签名：

日期：

**备注：**填写此预约申请单前请**认真阅读**背面的福建医科大学公共技术中心流式细胞分析实验室服务申请须知。

**福建医科大学公共技术中心**

**流式细胞分析实验室服务申请须知**

**一、预约方式**

1. 预约时间：请至少提前1周于工作日（周一至周五）提出申请。
2. 预约途径：从福建医科大学公共技术中心网址（http://ggjszx.fjmu.edu.cn/），查找所需预约仪器流式细胞分析仪（编号：20131604）预约相关仪器，并联系相关管理员（黄志鸿/林俊锦：13605944175/13950390105），实验前需将纸质版（正反面打印）申请书签字后上交本实验室2号楼北区301）。
3. 预约确认：工作人员将通过仪器设备共享管理系统审核批准，请保持联系方式畅通。

**二、取消预约和违约**

1. 取消预约：因故不能如约做实验，应至少在预约时间前1天通过电话取消预约。
2. 违约：申请者在预约成功后，既不按时做实验，又没有取消预约，将被视为违约。一年内累计违约3次将被列入黑名单，此后6个月内无法预约本中心所有仪器。

**三、仪器的使用注意事项**

1. 本仪器收费使用，服务费用：校内：25元/管，校外：50元/管。
2. 上机检测的细胞浓度：106/ml；上样体积：500ul。
3. 上机前除血液样本外，所有样本必须过细胞筛（200-300目）。
4. 根据细胞数、样品数不同，合理预约上机时间。
5. 没有按预约时间上机检测，同时也没有提前告知的用户，将按照迟到半小时收5管费用，不足半小时按半小时计算，以此类推。
6. 超过预约时间仍要上机检测的用户，必须在不影响后面用户的上机检测时间的情况下，同时费用加倍，否则不予补测。
7. 违约的用户需按原预约时间缴交费用，否则将直接拉入黑名单。

**四、实验耗材**

申请者需自备并保管好相关实验耗材，如移液器，Tip头，稀释缓冲液等其他实验所需用具，同时申请者需自带光盘（DVD），刻录数据只能使用光驱刻录机。

**五、注意事项**

1. 遵守本研究室的日常开放时间，若实验有特殊要求，请向工作人员提出申请。
2. 严禁擅自将无关人员带进实验室。
3. 在本实验室做实验期间，必须保持场地和仪器的卫生整洁。

4. 实验完成后，所产生的废物垃圾请整理收拾后自行带走。

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

本人已认真阅读上述内容，同意并承诺严格遵守本须知内容。（申请人在下行誊抄此内容）

申请人签名： 日期：