**分析测试中心超薄切片和冷冻超薄切片培训报名表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 推荐培训者姓名 | 性别 | 学号 | 联系电话 | 所在学院、年级、班级 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 课题组负责人签字 |  | | | |