**附件：场发射扫描电镜培训报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 学号 | 联系方式 | 所在学院、年级、班级 | 预计课题组每月测样数 | 推荐课题组负责人（签字） |
| 1 |  |  |  |  |  |  |

备注：**须课题组负责人亲笔签名，群内公示留存，弄虚作假者查明将取消其培训资格**