附件

**场发射扫描电镜培训报名表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 课题组负责人（**需负责人本人签字**） |
|  |  |  |  |  |  |

备注：2024年10月18日前请实际参加培训人员把纸质报名表交至知行楼119电镜室张鑫老师进行最终资格确认。