

气相色谱质谱联用仪（GC-MS）培训报名表

姓名	实验室	联系电话	邮箱	申请人签字

课题组负责人保证上述信息真实可信，在培训期间遵守质谱组安全条例，听从老师的指导，保证培训顺利安全完成。

课题组负责人：

日 期：