**大连理工大学分析测试中心夜间测试知情书**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学生姓名 |  | 联系电话 |  |
| 导师姓名 |  | 联系电话 |  |
| 情况说明 | 本人申请 年 月 日夜间 时至 时在分析测试中心进行 测试，已知晓并严格遵守实验室规定。由 同学陪同测试。  学生签名：  日期： | | |
| 导师意见 | 导师签字：  日期： | | |