

天然药物活性筛选中心仪器服务登记表

服务时间：8:30-17:00（周末和节假日除外,需预约）

日期：_____年__月__日

单位名称：_____ 传真：_____

单位地址：_____ 邮编：_____

课题组负责人姓名：_____ 电话：_____ Email：_____

联系人姓名：_____ 电话：_____ Email：_____

服务内容：_____ 样品数量 _____

- | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 流式细胞检测仪； | <input type="checkbox"/> 化学发光酶标仪； | <input type="checkbox"/> 生物分子相互作用检测平台； |
| <input type="checkbox"/> 倒置荧光显微镜； | <input type="checkbox"/> 细胞存活率分析仪； | <input type="checkbox"/> 实时荧光定量 PCR 仪； |
| <input type="checkbox"/> 多标记微孔板检测仪； | <input type="checkbox"/> 动态扫描高内涵药物筛选仪 | |

备注：_____

中国科学院昆明植物研究所 天然药物活性筛选中心 昆明市黑龙潭蓝黑路 132 号
邮编：650201 电话：0871-5215797