**心理学院实验室取消使用申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 学号/工号 |  | 年级 |  |
| 联系电话 |  | 导师姓名 |  | 身体状况 |  |
| 实验名称 |  | | | | |
| 已申请实验房间 |  | | | | |
| 已申请实验时间 |  | | | | |
| 申请取消的原因 |  | | | | |
| 导师签字 |  | | | | |

申请时间：

申请人：