**深圳市转化医学研究院**

**门禁权限办理申请/登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **部门** |  | | **职务** |  |
| **电话** |  | **申请日期** | |  | | **门禁类型** | **□指纹** | |
| **□门禁卡** | |
| **权限楼层** |  | **权限期限**  **（针对短期权限）** | |  | | **门禁卡号** |  |
| **本人承诺愿意遵守以下条款：**  **1.自觉遵守转化医学研究院《门禁系统管理办法》和实验室有关管理制度，不得私自引入外来人员；**  **2.不得将门禁卡外借他人，门禁卡丢失应及时上报管理员；**  **3.门禁权限变更需及时备案申请；**  **4.自觉爱护门禁系统及门禁卡；**  **5.针对临床研究生或者实习生等短期在研究院工作者，应提供相关证明材料，审核通过后会授予有期限的门禁权限，期限到期应及时告知管理员取消权限；**  **6.若出现门禁卡损坏及遗失情况，以及人员离职不按程序退还，甚至对转化院造成不利影响的，各团队PI负责赔偿门禁卡费用并承担相应责任。**  **申请人签名： 年 月 日** | | | | | | | | |
| **团队负责人/科室负责人签字：**    **已知悉上述承诺条款并严格遵守转化院门禁规定！**  **签名： 年 月 日** | | | | | | | | |
| **后勤平台部签字：**  **签名： 年 月 日** | | | | | | | | |
| **研究院领导签字：**  **签名： 年 月 日** | | | | | | | | |