532 nm 短脈衝波長綠光皮秒雷射儀器預約單

申請者姓名:_____

申請單位:_____

聯絡電話:_____

申請日期:_____

使用 日期	使用 時間	學校/ 使用人	指導 教授	聯絡 電話	溫度 /溼度	30%/50%/100% 輸出功率	儀器 狀況	使用 材料

(如大量樣品請自行增加表格欄位)

申請者(指導教授)簽章:_____