**运动队测试申请表2.1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 测 试 前 实 验 申 请 人 与 实 验 室 共 同 完 成 填 写 | 申请人 | | |  | | 所在单位 | |  | | | | | | |
| 联系方式 | 联系电话 | |  | | | | 服务对象 | | □国家队 | | |  | |
| 电子邮箱 | |  | | | | □地方队 | | |  | |
| □竞体校 | | |  | |
| 运动队名称： | | |  | | | 是否需要评价： | | | | | | 是□ 否□ | |
| 课题名称 | | |  | | | □国家级 | | | | □省部级 | | | □校级 |
| 使用仪器 | | INBODY230/INBODY720/  BODPOD  体成分 | 三维激光人体扫描系统 | GOOD BALANCE平衡仪 | 下肢肌肉功能分析仪 | 双能量骨密度仪/GE超声骨密度仪 | | CYPRESS彩色多普勒诊断仪 | | | 动脉硬化诊断仪/运动心肺风险系统 | 其它 | |
| 测试指标 | |  |  |  |  |  | |  | | |  |  | |
| 预计人次 | |  |  |  |  |  | |  | | |  |  | |
| 测试日期 | |  |  |  |  |  | |  | | |  |  | |
| 测试时间 | |  |  |  |  |  | |  | | |  |  | |
| 本人同意以上实验安排及费用支出，并负责按照测试要求提前了解受试者身体状况、测试过程中的注意事项及意外防护措施。现请北京体育大学科研中心完成本测试。  申请人签字： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 实验室签字： | | |  | | 科技办公室审核签字： | | | | | |  | | |
| 测 试 完 成 后 填 写 | 实测人次 | |  |  |  |  |  | |  | | |  |  | |
| 实验室  审核： | |  |  |  |  |  | |  | | |  |  | |
| 单 价： | |  |  |  |  |  | |  | | |  |  | |
| 合 计： | |  |  |  |  |  | |  | | |  |  | |
| 行政办公室审核： | |  |  |  |  |  | |  | | |  |  | |