附录1：脑磁图设备使用申请表（版本号SYSQ-2021c）

|  |
| --- |
| **申请人信息** |
| 姓名： | 所属研究组： |
| 联系电话： | Email： |
| 预计使用周期：\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日-\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日 | 预计被试数：\_\_\_\_\_\_\_\_人（\_\_\_\_\_\_\_\_小时/人） |
| 参与项目伦理审查决议编号及有效期（注）： |
| **实验描述** |
|  |
| **软件及设备需求** |
| 被试体位：🞎 坐姿 🞎 卧姿生理数据：🞎 脑磁 🞎 脑电 🞎 心电 🞎 肌电 🞎 眼电 🞎 眼动任务软件：🞎 Psychtoolbox-3 🞎 E-Prime 3 🞎 PsychoPy 🞎 Presentation任务硬件：🞎 听觉 🞎 视觉 🞎 触觉（正中神经电刺激）反馈设备：🞎 鼠标 🞎 轨迹球 🞎 双指按键 🞎 十指按键 🞎 眼动仪 |
| **同时进入实验室人员信息** |
| 姓名： | 研究组： | 电话： | Email： |
| 姓名： | 研究组： | 电话： | Email： |
| 姓名： | 研究组： | 电话： | Email： |
| 姓名： | 研究组： | 电话： | Email： |
| **审核结果** |
| 本人郑重声明：严格遵守脑磁图机组操作SOP，接受机组工作人员和研究组负责人的监督、检查。如有违规，同意接受处罚。申请人（签名）：申请日期： 年 月 日 | 研究组负责人意见：研究组负责人（签名）：确认日期： 年 月 日 |
| 机组审核意见：审核人（签名）: 审核日期: 年 月 日 |

注1：需一并提供《涉及人体研究项目伦理审查决议》。

注2：本表纸质原件由中国科学院脑智中心脑磁图运维团队归档留存。