药学院危险性实验事先审批表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 二级单位（盖章）： |  |  | 教研室主任（签字）： |  |  |
| 所属教研室 | 实验室所在位置 | 实验危险性 | 实验室安全责任人（签名） | 指导老师（签名） | 实验人员（签名） | 实验开始时间 | 实验结束时间 | 是否通宵 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：1. 实验室所在位置：应包括校区、大楼名称、楼层、房号等信息；2.页码不够可以加页；3.危险性实验含：高温、高压、高速运转等；4、通宵实验必须两人在场；5.审批表记录完毕后请及时复印一份上交药学院办公室，原件留教研室收录存档。