**基础医学与生物科学学院夜间实验申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **实验人员** | 姓名 |  | 电话 |  | 指导教师 | 姓名 |  |
| 姓名 |  | 电话 |  | 电话 |  |
| **实验地点** | 楼号 |  | 房间号 |  |  |  |  |
| **实验时间** |  | | | | | | |
| **实验内容** | （名称、溶剂、规模等） | | | | | | |
| **申请原因** |  | | | | | | |
| **危险源及安全措施** |  | | | | | | |
| **实验人员 安全承诺** | 本人将严格履行实验室安全相关规定，规范操作程序，实验期间保证双人在岗值守，如有违反，根据相应规定接受处理，并承担由此造成的一切后果。  签字（实验人员1）：  签字（实验人员2）：  日期： | | | | | | |
| **指导教师意见** | 导师同意以上实验人员进行此过夜实验，并对与此实验相关的实验室及实验人员的安全负责任！    　签字： 日期： | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
| **学院备案** |  | | | | | | |

注：

1. 本申请表一式三份，一份附实验场所门上；一份交实验楼物业管理办公室备案；一份交学院办公室备案。
2. 保卫处24小时报警电话：65880110；校医院24小时应急电话：67166120