药学院 实验室过夜实验申请单

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 校园/区 | | |  | 楼宇 | |  | | 房间号 |  | | 实验室负责人 |  | | 手机 | |  |
| 申请原 因 |  | | | | | | | 实验内容及  安全隐患 | |  | | | | | | |
| **有人值守过夜实验** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 人员1 | |  | | | 手机 | |  | | | 人员2 |  | | 手机 | |  | |
| 过夜实验起止时间 | | | | | 年 月 日 时 至 年 月 日 时 | | | | | | | | | | | |
| 实验室审批意见：  同意该过夜实验申请，严格按相关规定做好实验室安全管理。  实验室负责人签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | 学院备案意见：  收悉该过夜实验申请，学院严格按相关规定做好实验室安全监管。  学院安全管理员签名：  年 月 日 | | | | | | |
| **无人值守过夜实验** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 过夜实验起止时间 | | | | | 年 月 日 时 至 年 月 日 时 | | | | | | | | | | | |
| 实验室审批意见：  同意该过夜实验申请，严格按相关规定做好实验室安全管理。  实验室负责人签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | 学院审批意见：  同意该过夜实验申请，学院严格按相关规定做好实验室安全监管。  学院负责人签名：  年 月 日 | | | | | | |

\* 注：1. 过夜实验且**有人**（不得少于2人）现场值守时，申请单须经实验室主任审批，并报学院**备案**后方可开展。

2. 过夜实验且**无人**值守时，须将实验装置周边清理干净，不得放置易燃易爆品，并在实验室门口明显位置张贴明显标识，保持实验室观察窗通透可视。申请单经实验室主任审批，并经学院**审批**后方可开展。