**假期实验室通宵实验申请备案表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 单位 |  | 手机 |  |
| 实验具体时段 |  | 主要使用的实验室楼宇房间号 |  |
| 紧急联系人及手机 |  |
| 主要实验内容及使用的试剂、仪器设备 |  |
| 实验安全风险评估及保障措施 |  |
| 本人确因实验需要，必须进行通宵实验。本人已经已知晓上述实验内容与相应风险，熟悉实验室各项管理制度和要求。本人承诺已做好各项保障措施，夜间进入实验室将严格遵守实验室各项安全制度和操作规程，如因自己违反规定发生安全事故，造成人身伤害和财产损失，本人愿意承担相应责任。 学生（签名）：年 月 日 |
| 该生确因实验需要，必须进行通宵实验。本人已做好学生的安全教育培训工作，并确定实验室已做好相应的安全保障措施，该生通宵实验风险可控，如因学生违反规定发生安全事故，造成人身伤害和财产损失，本人愿意承担相关责任及损失。 指导老师（签名）：  年 月 日 |
| 单位意见： 是否批准进入实验室：□批准 □不批准 单位分管领导（签名）： （公章）  年 月 日  |

注：1. 本表由各单位存档备案。