第二类病原微生物的实验活动项目开展备案表

|  |
| --- |
| **一、实验室概况** |
| 名称： |
| 地址： 邮 编： |
| 电话： 传真： 电子邮件： |
| 实验室负责人： 联系电话： |
| 实验室所在单位： |
| 实验室所在单位法定代表人（负责人）： 联系电话： |
| 实验室所在单位上级主管部门： |
| 一、二级病原微生物实验室资格证书编号： 备案日期： 年 月 日  |
| **二、实验项目基本情况** |
| 涉及的病原微生物： |
| 涉及病原微生物操作项目： |
| 实验方法和简要技术内容（说明技术关键）： |
| 实验日期: 年 月 日至 月 日 工作天数: 天 |
| 工作总量(分): 平均每天量(份) |
| 实验项目组工作人员： 姓 名 职称 承担工作 实验室工作时间(小时) |
| 实验室所在单位审核意见： 签名： 日期： 年 月 日 |
| 地级以上市卫生局意见： 签名： 日期： 年 月 日 |

填报人： 申请日期： 年 月 日

另请附本实验活动项目危害评估报告