附件2

高等学校实验室安全隐患自查台账

学校名称： （盖章） 联系人： 手机： 报送日期：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 学院/单位 | 实验室名称 | 负责人 | 职务 | 存 在 隐 患 | 整改完成时间 |
|  |  |  |  |  | 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
|  |  |  |  |  | 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
|  |  |  |  |  | 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
|  |  |  |  |  | 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 合 计 | 发现隐患数： 已整改数： 已制定方案准备整改数： |