附件2

**北京大学医学部废旧钢瓶处理登记表**

申请日期： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请处理单位： |  | 课题组负责人： |  |
| 申请人： |  | 联系方式： |  |
| 废旧钢瓶数量： |  | 是否有账： |  |
| 废旧钢瓶存放地点（具体到楼宇及房间号）： |  | 气瓶制造公司 |  |
| 气瓶来源 | □库房发放□实验室自购□其他（请填写）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 废旧钢瓶详细说明（储存哪种气体，是否有气体残留等）： |  |
| 钢瓶实物照片（需拍上存放地点）： |  |
| 其他说明： |  |
| 申请人签字： |  | 设实处经办人签字： |  |
| 清运公司名称： |  |
| 清运日期： |  | 公司清运人员签字： |  |

实验室办联系人：徐老师 联系方式：82802360/5600

办公地址：医学部病理楼外西侧平房 实验室管理办公室101房间

（北京大学医学部设备与实验室管理处2024年制）