|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **高雄醫學大學實驗場所工作人員意外事件保險調查**  **填表日期: 年 月 日** | | | | | |
| 實驗場所名稱 |  | | 實驗場所所在位置 | |  |
| 實驗場所負責人 |  | | 電話 |  | |
| 實驗場所人員身分查核 | | □專題研究生 人數: 人  □研究助理 人數: 人  □碩、博士生 人數: 人  □教 師 人數: 人 | | | |
| 實驗場所從事實驗性質 | | □化學性 □生物性 □輻射性  備註:作業性質可複選填寫 | | | |
| 毒性化學物質使用 | | * 有 □否 | | | |
| 廢棄物屬性 | | □化學性 □生物性 □輻射性  備註:作業性質可複選填寫 | | | |
| 可能產生之危害 | | □失火 □爆炸 □感電 □割傷 □跌倒  □因作業使用化學品，而可能造成職業傷害。 | | | |
| 是否加入保險 | | * 是 加入 □否 不加入 | | | |
| 備住:1.此調查表請於6/15前送回環安室彙整。  2.如有不明處請詢 環安室 黃定國 先生tel:2278 | | | | | |