|  |
| --- |
|  **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 |