附件一

**病原微生物实验室及开展项目基本情况调查表**

单位名称（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 | |  | | | | 实验室名称 |  | |
| 实验室分级※ | |  | | | | 地址 |  | |
| 主管部门 | |  | | | | 联系人 |  | |
| 法定代表人（负责人） | | |  | | | 电话 |  | |
| 实验室负责人 | | |  | | | E-mail |  | |
| 电话 | |  | | | | 传真 |  | |
| 实验室工作人员情况（含负责人） | 姓名 | | 职称 | | 出生年月 | 职责 | | |
|  | |  | |  |  | | |
|  | |  | |  |  | | |
|  | |  | |  |  | | |
|  | |  | |  |  | | |
|  | |  | |  |  | | |
|  | |  | |  |  | | |
|  | |  | |  |  | | |
|  | |  | |  |  | | |
|  | |  | |  |  | | |
|  | |  | |  |  | | |
|  | |  | |  |  | | |
|  | |  | |  |  | | |
| 人员统计 | | 总人数 | | 高级 | 中级 | 初级 | 其它 |
|  | |  |  |  |  |
| 实验室启用时间 | | | 年 月 日 | | | | | |
| 实验室使用目的 | | | | 1.病原检测（ ）；2.教学（ ）；3.临床诊断（ ）；4.生产（ ）；5.科学研究（ ）；6.其它（请注明： ）。 | | | | |
| 实验室已开展的实验活动 | | | |  | | | | |
| 验室拟新开展的实验活动 | | | |  | | | | |
| 实验室涉及的主要菌（毒）种及样本 | | | |  | | | | |
| 实验室涉及的病原微生物操作项目 | | | |  | | | | |
| 实验室使用频率 | | | | 1.小于100天/年（ ）； 2.100-200天/年（ ）；  3.200-300天/年 （ ）； 4.大于300天/年（ ） | | | | |

备注：

1.国家根据实验室对病原微生物的生物安全防护水平，并依照实验室生物安全国家标准的规定，将实验室分为一级、二级、三级、四级，具体参考附件三。

2.如单位具有多个实验室应分别填写本表。

填表人： 填表日期： 年 月 日