**浙江大学教学科研用麻醉类、精神类药品申购审批表**

**所在院系： 申请日期： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **项目名称** |  | | | | | | |
| **项目负责人** |  | | **手 机** | |  | | |
| **联系人** |  | | **手 机** | |  | | |
| **项目经费卡号** |  | | **迄止年月** | | 20 年 月- 20 年 月 | | |
| **品 名** | **用 途** | | **规 格** | | **数 量** | **备 注** | |
|  |  | |  | |  |  | |
|  |  | |  | |  |  | |
|  |  | |  | |  |  | |
|  |  | |  | |  |  | |
|  |  | |  | |  |  | |
| **存放地址** |  | | | | | | |
| **保管人1** |  | **身份** | |  | **联系电话** | |  |
| **保管人2** |  | **身份** | |  | **联系电话** | |  |
| **院（系）意见** | 负责人（签名）： 日期： （单位公章） | | | | | | |
| **实验室与设备管理处意见** | 负责人（签名）： 日期： （单位公章） | | | | | | |

注：实验室与设备管理处请联系技术安全办公室，紫金港东四316-1，0571-88208993。