

附件：

云南省口腔医学重点实验室安全承诺书

我已经认真学习了云南省口腔医学重点实验室各项规章制度，以及中华人民共和国关于实验室安全的各类法律法规，熟悉实验室各项管理制度和要求。本人承诺将严格遵守实验室各项安全制度和操作规程，并不断加强安全知识的学习，掌握正确的安全防护措施。如因自己违反规定引发安全事故，造成人身伤害及财产损失，我愿承担相应责任。

所在单位：_____ 学号（工号）：_____ 身份证号：_____

承诺人：

年 月 日

导师签字：

年 月 日