附件2

职业健康检查机构备案变更表

机构名称（公章）：

填表日期： 年 月 日

中华人民共和国国家卫生健康委员会制

职业健康检查机构备案变更表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 |  | | | | | |
| 机构地址 |  | | 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 邮政编码 |  | 通讯地址 |  | | | |
| 法定代表人 |  | 职务/职称 | |  | | |
| 执业情况 | 是否继续开展职业健康检查工作 是（ ） 否（ ） | | | | | |
| 变更日期 | 年 月 日 | | | | | |
| 变更事项 | 项目 | 变更前 | | 变更后 | | |
| 机构名称 |  | |  | | |
| 机构地址 |  | |  | | |
| 检查类别 | 1.接触粉尘类 （ ）  2.接触化学因素类 （ ）  3.接触物理因素类 （ ）  4.接触生物因素类 （ ）  5.接触放射因素类 （ ）  6.其他类 （ ） | | 1.接触粉尘类 （ ）  2.接触化学因素类 （ ）  3.接触物理因素类 （ ）  4.接触生物因素类 （ ）  5.接触放射因素类 （ ） 6.其他类 （ ） | | |
| 检查项目 | 详细说明。 | | | | |
| 其他事项 | 省级卫生健康行政部门提出的有关要求（请注明）。 | | | | |
| 所附资料 | 机构名称、机构地址变更的，请提供《医疗机构执业许可证》及副本复印件；增加职业健康检查类别和检查项目的，请详细说明具备开展职业健康检查工作所需的工作场所、专业技术人员和仪器设备等条件。 | | | | | |
| 本单位保证上述资料属实。  备案单位法定代表人：　　　 备案单位：  （签章） （公章）  年 月 日 | | | | | | |