附件2

**职业病诊断机构批准证书**

证书编号：（ ）卫职诊字（20 ） 第（ ）号

|  |
| --- |
| 机构名称：  法定代表人：  地址：  批准的职业病诊断项目：    有效期： 年 月 日至 年 月 日  卫生行政部门（公章）  年 月 日 |