附件11

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

**长春市卫生健康委员会制**

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 |  |  |
| 法定代表人 |  |  |
| 检查类别 |  |  |
| 检查项目 | 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。 |
| 所附资料 | 职业健康检查机构备案回执原件、申请单位法人资格证明复印件、《医疗机构执业许可证》及副本复印件；单位名称、地址变更的，提交原批准机关或相关部门下发的有效证明材料复印件；法定代表人变更的，提交单位主管（上级）部门下发的相关文件或其他有效证明材料复印件；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　　　　　　 |