附件10

职业健康检查机构备案回执

|  |
| --- |
| 备案机构名称及医疗机构资质证书编号：  地址：  法定代表人：  联系人：  联系方式：  备案的职业健康检查类别及项目：  卫生健康主管部门名称及公章  年 月 日 |

编号：长卫健职检备字（20 ）第（ ）号

此回执一式三份：申请机构、备案机构、医疗机构资质许可机构各一份