附件1

职业健康检查机构申请表

申请单位名称（公章）：

填表日期： 年 月 日

中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会制

**职业健康检查机构申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请单位名称 |  | | | | | | | |
| 申请单位地址 |  | | | 电话 |  | | 传真 |  |
| 邮政编码 |  | 电子邮件 | |  | | | | |
| 法定代表人 |  | | 职务/职称 | | |  | | |
| 申请检查  项目类别 | 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（特殊作业等） （ ） | | | | | | | |
| 所附资料清单 | 1.《医疗机构执业许可证》（涉及放射检查项目的还应当具有《放射诊疗许可证》）及副本（复印件）； （ ）  2.具有相应的职业健康检查场所、候检场所和检验室，建筑总面积不少于400平方米，每个独立的检查室使用面积不少于6平方米； （ ）  3.与批准开展的职业健康检查类别和项目相适应的执业医师、护士等医疗卫生技术人员； （ ）  4.至少具有1名取得职业病诊断资格的执业医师； （ ）  5.与批准开展的职业健康检查类别和项目相适应的仪器、设备，与开展外出职业健康检查相适应的职业健康检查仪器、设备、专用车辆等条件； （ ）  6.职业健康检查质量管理制度有关资料； （ ）  7.省级卫生计生行政部门规定提交的其他资料（详细列出）： | | | | | | | |
| 本单位保证上述资料属实。  申请单位法定代表人：　　　 申请单位：  （签章） （公章）  年 月 日 | | | | | | | | |

**职业健康检查执业医师等**

**相关医疗卫生技术人员情况表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 性别 | 出生年月 | 学历 | 职务/职称 | 所在科室 | 从事专业 | 工作年限 | 取得职业病诊断医师等相关资格证书日期 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**职业健康检查仪器和设备清单**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 仪器、设备名称 | 型号 | 数量 | 用途 | 工作状态 | 购置日期 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |