附件1

职业病诊断机构申请表

申请单位名称（公章）：

填表日期： 年 月 日

中华人民共和国卫生部制

职业病诊断机构申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | |  | | |
| 申请诊断项目 | 1.尘肺 　　　　　　 （） 2.职业性放射性疾病 （）  3.职业中毒 （） 4.物理因素所致职业病 （）  5.生物因素所致职业病（） 6.职业性皮肤病 （）  7.职业性眼病 （） 8.职业性耳鼻喉口腔疾病（）  9.职业性肿瘤 （） 10.其他职业病　 （） | | | | | | | |
| 所附资料清单 | 1.《医疗机构执业许可证》及副本（复印件）； （）  2.与申请开展的职业病诊断项目相关资料； （）  3.与申请项目相适应的职业病诊断医师等相关医疗卫生  技术人员情况； （）  4.与申请项目相适应的场所和仪器、设备清单； （）  5.职业病诊断质量管理制度有关资料； （）  6.省级卫生行政部门规定提交的其他资料（详细列出）： | | | | | | | |
| 本单位保证申报的全部资料属实。  申请单位法定代表人：　　　 申请单位：  （签章） （公章）  年 月 日 | | | | | | | | |

职业病诊断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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

职业病诊断仪器和设备清单

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