附件9

职业健康检查机构备案变更

申 请 表

申请单位名称（公章）：

填表日期：

福建省卫生健康委员会制

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | 备案编号 |  |
| 单位性质 | □公立 □民营  | 医疗机构执业许可证登记号 |  |
| 放射诊疗许可证号 |  |
| 地 址 |  |
| 法定代表人 |  | 职 务 |  |
| 联 系 人 |  | 联系电话 |  |
| 申请变更类 别 | □机构法定代表人 □机构名称 □机构地址名称 □机构备案注销□外出职业健康检查区域 □职业健康检查类别和项目减少 |
| 变更事项 | 项目 | 变更前 | 变更后 |
| 机构法定代表人 |  |  |
| 机构名称 |  |  |
| 机构地址名称 |  |  |
| 外出职业健康检查区域 | □不开展外出职业健康检查□医疗卫生机构执业登记机关管辖区域内□医疗卫生机构所在设区市范围内 | □不开展外出职业健康检查□医疗卫生机构执业登记机关管辖区域内□医疗卫生机构所在设区市范围内 |
| 职业健康检查类别 | □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） | □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） |
| 减少的职业健康检查项目名称 | 1.2.3.4.… |
| 所附资料（在所提供的资料前的□内打“√”，所附资料均应盖章） |
| □1.变更申请报告（注明申请变更的理由）；□2.机构名称、地址名称、法定代表人变更的，变更后的营业执照（或事业单位法人证书、民办非企业单位登记证书）；□3.外出职业健康检查区域变更的，提供职业健康检查机构外出职业健康检查申请表；□4.职业健康检查项目减少的，提供具体减少检查项目内容说明。 |
| 申请单位保证申明本申报单位保证：本申请表的内容和所附资料均真实、准确、合法，如有不实处，我单位愿负相应的法律责任，并承担由此造成的一切后果。 |
| 申请单位法定代表人：（签字）年 月 日 | 申请单位：（盖章）年 月 日 |

说明：填写时，文字要简练，不得涂改，空格处以“无”字填写；“检查类别”一栏在“□”内打“√”；单位名称填写全称，申请表A4打印，盖章上传。