申报石家庄市食品从业人员健康检查

医疗机构基本信息表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 |  | | | | | | | |
| 通讯地址 |  | | | | 邮政编码 | |  | |
| 机构性质 | 营利 □ 非营利□ | | | | 等级分类 | |  | |
| 执业许可证登记号 |  | | | | | | | |
| 法定代表人 |  | | 联系电话 | | |  | | |
| 联系人 |  | | 联系电话 | | |  | | |
| 专业技术人员总数 |  | 高级职称数 | |  | 中级职称数 | | |  |
| 医疗机构  基本情况介绍 | （包括医疗机构成立时间、内设业务科室、体检中心设立情况等） | | | | | | | |
| 信息真实性  承诺 | 我单位承诺以上信息据实填写，真实有效。  法人签字 盖章：  日期： 年 月 日 | | | | | | | |

附件：

\*一、《医疗机构执业许可证书》正副本加盖公章的扫描件；

\*二、BSL-2（生物安全-2级）实验室加盖公章的有效证明文件；

三、医疗机构等级评审证明文件；

四、DR设备及防护验收合格证明；

五、拟从事食品从业人员健康检查技术人员数量及资质证书；

六、拟从事食品从业人员健康检查的相关管理制度。

说明：带\*项为必须具备的条件。