

附件

山东省孕妇外周血胎儿游离 DNA 产前筛查与诊断合作备案表

备案产前诊断机构	(名称须与医疗机构执业许可证名称一致)				
执业地址			邮政编码		
法定代表人		联系电话			
联系人		联系电话		email	
合作产前筛查机构 (检测机构)	(名称须与医疗机构执业许可证名称一致)				
执业地址			邮政编码		
法定代表人		联系电话			
联系人		联系电话		email	
备案开展工作内容	<input type="checkbox"/> 开展采血服务 <input type="checkbox"/> 开展检测服务				
(产前诊断机构基本情况和工作打算, 可另附纸)					
产前诊断机构意见:					
(公章) 填报日期: 年 月 日					
拟合作开展采血服务/检测服务机构意见:					
(公章) 填报日期: 年 月 日					
市级卫生健康行政部门意见:					
(公章) 填报日期: 年 月 日					

注:“市级卫生健康行政部门”是指本次备案合作主要服务人群所在市卫生健康委员会。