附件3

职业病诊断机构备案变更表

备案单位名称（公章）：

填表日期： 年 月 日

浙江省卫生健康委员会制

职业病诊断机构备案变更表

|  |  |
| --- | --- |
| 机构名称 |  |
| 机构地址 |  |
| 机构社会统一信用代码 |  | 医疗机构执业许可证发证机关 |  |
| 法定代表人 |  | 法定代表人身份证号码 |  |
| 联系人 |  | 电 话 |  |
| 传 真 |  | 邮政编码 |  |
| 执业情况 | 是否继续开展职业病诊断工作 是🞎 否🞎  |
| 变更日期 | 年 月 日 |
| 变更事项 | 项目 | 变更前 | 变更后 |
| 机构名称 |  |  |
| 机构地址 |  |  |
| 诊断类别（包括病种） |  |  |
| 所附资料清单 | 1．《医疗机构执业许可证》及副本复印件；2．原《职业病诊断机构备案回执》（原件）；3．增加诊断类别和病种的，请详细说明具备开展工作所需的工作场所、专业技术人员和仪器设备等条件。 |
| 本单位保证上述资料的真实性、准确性、合法性，并承担法律责任。备案单位法定代表人： 备案单位：（签章） （公章） 年 月 日 |

**备注：**相关表格可通过浙江政务服务网或浙里办下载。