

浙江省卫生健康委员会文件

浙卫发〔2023〕8号

浙江省卫生健康委员会关于印发《浙江省职业病诊断机构备案管理办法》等五个文件的通知

各市、县（市、区）卫生健康委（局）：

为贯彻落实《中华人民共和国职业病防治法》《职业健康检查管理办法》《职业病诊断与鉴定管理办法》，进一步规范我省职业健康检查、职业病诊断与鉴定工作，加强我省职业病诊断机构备案管理工作和职业病诊断医师管理工作，我委制定了《浙江省职业病诊断机构备案管理办法》《浙江省职业病诊断医师管理办法》，同时修订了《浙江省职业健康检查工作规程》《浙江省职业

病诊断工作规程》和《浙江省职业病鉴定工作规程》，现印发给你们，请遵照执行。

以上文件自 2023 年 5 月 30 日起施行，原省卫生厅《浙江省职业病诊断机构和职业病诊断医师资质审定管理办法》（浙卫发〔2013〕120 号）、原省卫生计生委《浙江省职业健康检查工作规程》（浙卫发〔2014〕223 号）、《浙江省职业病诊断工作规程》（浙卫发〔2014〕67 号）、《浙江省职业病鉴定工作规程》（浙卫发〔2014〕119 号）同时废止。

浙江省卫生健康委员会

2023 年 3 月 28 日

（信息公开形式：主动公开）

浙江省职业病诊断机构备案管理办法

第一条 为规范全省职业病诊断机构备案管理工作，根据《中华人民共和国职业病防治法》《职业病诊断与鉴定管理办法》等有关规定，结合我省实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于在浙江省行政区域内开展职业病诊断工作的医疗卫生机构（以下简称职业病诊断机构）的备案管理工作。

第三条 省卫生健康委负责全省范围内职业病诊断机构的备案管理工作。县级以上地方卫生健康主管部门依据职责负责本行政区域内职业病诊断机构的监督管理工作。

第四条 职业病诊断机构对提交的备案信息的真实性、准确性、合法性承担全部法律责任；依法独立行使诊断权，并对其作出的职业病诊断结论负责。

第五条 医疗卫生机构开展职业病诊断工作，应当自开展之日起十五个工作日内向省卫生健康委提出备案申请，提交《职业病诊断机构备案表》（附件1）及所附资料。

第六条 省卫生健康委应当在收到备案材料之日起五个工作日内对备案材料进行审查；备案材料不齐全或者不符合法定形式的，应当一次性告知备案单位需要补正的全部内容；备案材料齐全、符合法定形式，或者备案单位按照要求提交全部补正材料

的，应当在收到材料后十个工作日内出具《职业病诊断机构备案回执》（附件 2）。

第七条 职业病诊断机构名称、地址、诊断类别（包括病种）等备案信息发生变更的，应当自信息发生变化之日起十个工作日内向省卫生健康委提交《职业病诊断机构备案变更表》（附件 3）及所附资料，其中新增诊断类别的按首次备案要求提供相关材料；省卫生健康委应当在收到材料后十个工作日内出具《职业病诊断机构备案变更回执》（附件 4）。

第八条 职业病诊断机构拟不再开展职业病诊断工作时，应在拟停止开展职业病诊断工作的十五个工作日之前向省卫生健康委提交《职业病诊断机构备案变更表》（附件 3），并妥善处理职业病诊断档案。

第九条 职业病诊断机构应在收到回执后十五个工作日内向执业登记的卫生健康主管部门提出在其《医疗机构执业许可证》副本备注栏注明诊断类别等相关信息的申请。省卫生健康委及时向社会公布职业病诊断机构备案及变更等信息。

第十条 职业病诊断机构应当建立健全职业病诊断管理制度，加强职业病诊断医师和相关工作人员法规、政策和业务技术等培训，改善职业病诊断工作条件，提高职业病诊断服务质量和水平。

第十一条 浙江省职业健康技术服务质量控制中心承担全省职业病诊断机构的质量控制管理工作，组织开展日常质量控制

评估工作。

- 附件：
1. 职业病诊断机构备案表
 2. 职业病诊断机构备案回执
 3. 职业病诊断机构备案变更表
 4. 职业病诊断机构备案变更回执

附件 1

职业病诊断机构备案表

机构名称（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	
备案诊断类别 按照《职业 病分类和目录》,在相 对应职业病类别后面的 括号内打"√",并明确 具体病种名称) (可多选)	一、职业性尘肺病及其他呼吸系统疾病☐ 病种名称: 二、职业性皮肤病☐ 病种名称: 三、职业性眼病☐ 病种名称: 四、职业性耳鼻喉口腔疾病☐ 病种名称: 五、职业性化学中毒☐ 病种名称: 六、物理因素所致职业病☐ 病种名称: 七、职业性放射性疾病☐ 病种名称: 八、职业性传染病☐ 病种名称: 九、职业性肿瘤☐ 病种名称: 十、其他职业病☐ 病种名称:		

附表 1

职业病诊断医师等相关医疗卫生技术人员情况表

序号	姓 名	性别	身份证号码	职称/职务	所在科室	从事专业	相关工作年限	医师/护士执业证书编号	职业病诊断医师资格证书号	取得职业病诊断医师资格证书日期	备注

备注：请在从事专业栏注明职业病诊断医师类别、技术负责人、质量负责人、网络直报员等专业人员。

附表 2

职业病诊断仪器、设备清单

序号	仪器、设备名称	型号/规格	数量	用途	工作状态	购置日期	计量检定 时间	备注

附表 3

职业病诊断机构诊断医师类别和仪器设备基本要求

申请类别	职业病诊断医师类别和人数	仪器设备
1. 职业性尘肺病及其他呼吸系统疾病	第一注册点职业性尘肺病及其他呼吸系统疾病医师 1 名或以上	心电图机, 血球计数仪, 尿液分析仪, 生化分析仪, 满足高千伏摄片条件的 X 射线摄片机, 肺功能仪, > 3000CD 三联式以上观片灯
2. 职业性皮肤病	第一注册点其他类诊断医师 1 名或以上	X 射线摄片机, 血球计数仪, 尿液分析仪, 生化分析仪, 心电图机, B 超机, 免疫功能测定所需仪器
3. 职业性眼病	第一注册点其他类诊断医师和职业性放射性疾病诊断医师各 1 名或以上	X 射线摄片机, 血球计数仪, 尿液分析仪, 生化分析仪, 心电图机, B 超机, 裂隙灯, 眼底镜
4. 职业性耳鼻喉口腔疾病	第一注册点其他类诊断医师 1 名或以上	X 射线摄片机, 血球计数仪, 尿液分析仪, 生化分析仪, 心电图机, B 超机, 符合条件的隔音室, 纯音电测听仪、听力客观检查所需仪器
5. 职业性化学中毒	第一注册点职业性化学中毒诊断医师 1 名或以上	X 射线摄片机, 血球计数仪, 尿液分析仪, 生化分析仪, 心电图机, B 超机, 裂隙灯, 眼底镜, 血、尿等生物样品中铅、汞等重金属检测所需仪器
6. 物理因素所致职业病	第一注册点其他类诊断医师 1 名或以上	X 射线摄片机, 血球计数仪, 尿液分析仪, 生化分析仪, 心电图机, B 超机
7. 职业性放射性疾病	第一注册点职业性放射性疾病诊断医师 1 名或以上	X 射线摄片机, 血球计数仪, 尿液分析仪, 生化分析仪, 心电图机, B 超机, 裂隙灯, 眼底镜, 染色体畸变和微核试验所需仪器
8. 职业性传染病	第一注册点其他类诊断医师 1 名或以上	X 射线摄片机, 血球计数仪, 尿液分析仪, 生化分析仪, 心电图机, B 超机, 免疫功能测定所需仪器
9. 职业性肿瘤	第一注册点其他类诊断医师 1 名或以上	X 射线摄片机, 血球计数仪, 尿液分析仪, 生化分析仪, 心电图机, B 超机, 肿瘤标志物测定所需仪器
10. 其他职业病	第一注册点其他类诊断医师 1 名或以上	X 射线摄片机, 血球计数仪, 尿液分析仪, 生化分析仪, 心电图机, B 超机, 肺功能仪, 免疫功能测定所需仪器

附件 2

职业病诊断机构备案回执

备案编号：

机构名称：

机构社会统一信用代码：

机构地址：

备案的职业病诊断类别（包括病种）：

年 月 日

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： （ 签章 ） 备案单位： （ 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。

附件 4

职业病诊断机构备案变更回执

原备案编号：

机构名称：

机构社会统一信用代码：

机构地址：

备案变更事项：

年 月 日

浙江省职业病诊断医师管理办法

第一条 为加强职业病诊断医师队伍建设,规范职业病诊断行为,依据《中华人民共和国职业病防治法》《中华人民共和国医师法》和《职业病诊断与鉴定管理办法》等法律、法规和规章,结合我省实际,制定本办法。

第二条 本办法适用于浙江省行政区域内从事职业病诊断、职业健康检查主检等工作的职业病诊断医师的监督管理工作。

第三条 省卫生健康委负责全省职业病诊断医师的监督管理,各地卫生健康主管部门负责本行政区域内职业病诊断医师的监督管理工作。职业病诊断医师资格认定工作委托各设区的市、义乌市、嘉兴市下辖县级卫生健康主管部门(以下简称资格认定机关)具体承担。

第四条 省职业病防治培训中心负责全省职业病诊断医师的专业技术培训考核和日常管理工作。

第五条 开展职业病诊断和职业健康检查的医疗机构应设置或指定职业病诊断医师管理办公室,负责本机构职业病诊断医师日常管理工作。

第六条 职业病诊断医师应当具备良好的职业道德,自觉遵守有关法律法规,依法开展职业病诊断等工作。

第七条 拟从事职业病诊断的医师需按照《职业病诊断医师培训大纲》完成相应内容的学习培训,培训后进行理论和(或)

实践考核。主要内容包括职业病防治法律法规、相关国家职业卫生与放射卫生标准、职业病诊断能力以及典型职业病诊断案例分析等。

省职业病防治培训中心负责制订年度培训计划,并报送省卫生健康委,同时做好师资、教材和教学设备等准备工作,按计划组织实施培训。

第八条 职业病诊断医师资格考核分为以下四个类别:

- (一) 职业性尘肺病及其他呼吸系统疾病;
- (二) 职业性化学中毒;
- (三) 职业性放射性疾病;
- (四) 其他类。

职业病诊断医师拟取得多个类别职业病诊断医师资格的,应当参加每个类别的培训和考核。

第九条 省职业病防治培训中心应当按类别建立考试题库,在培训结束后组织考核,并将考核结果上报省卫生健康委。考核合格者可获得相关证明文件,作为取得职业病诊断资格证书的条件之一;考核类别作为职业病诊断医师资格证书诊断类别确定的依据。证明文件有效期两年。

第十条 执业医师申请职业病诊断资格,应当具备以下条件:

- (一) 具有医师执业证书;
- (二) 具有中级以上卫生专业技术职务任职资格;

(三) 熟悉职业病防治法律法规和职业病诊断标准;

(四) 从事职业病诊断、鉴定相关工作三年及以上;

(五) 按规定参加职业病诊断医师相应考核类别的培训,并考核合格。

申请职业病诊断医师资格应当向所在地资格认定机关提出,并提交《浙江省职业病诊断医师资格申请表》(附件 1) 及所附资料。

第十一条 资格认定机关收到申请材料后,应当在五个工作日内对申请材料进行书面审查,作出是否受理的决定,不受理的应当说明理由并书面通知申请人。申请材料不齐全或者不符合法定形式的,应当在五个工作日内一次性告知申请人需要补正的全部内容。申请材料齐全、符合法定形式,或者申请人按照要求提交全部补正申请材料的,应当受理。

第十二条 资格认定机关应当在受理之日起十个工作日内作出是否批准的决定。对批准的申请人颁发《职业病诊断医师资格证》,不批准的应当说明理由并书面通知申请人。

第十三条 取得职业病诊断资格的医师变更诊断类别等事项的,应当向原资格认定机关申请办理变更手续。申请变更职业病诊断医师诊断类别的,应提交《浙江省职业病诊断医师资格变更申请表》(附件 2) 及所附资料。

第十四条 职业病诊断医师应当依法在其资格范围内从事职业病诊断工作,不得从事超出其职业病诊断资格范围的职业病

诊断工作；从事职业健康检查主检工作的，不得从事超出其职业病诊断资格范围对应职业健康检查类别的职业健康检查主检工作。

第十五条 职业病诊断医师应当每四年至少参加一次相关诊断类别的省级以上职业病诊断医师继续教育。

第十六条 取得职业病诊断资格的医师有下列情形之一的，其所在机构应当在三十日内报告原资格认定机关，由该机关注销其资格：

- （一）死亡、丧失行为能力或者被宣告失踪的；
- （二）受刑事处罚的；
- （三）受吊销医师执业证书行政处罚的；
- （四）法律、法规规定的不宜从事职业病诊断活动的其他情形。

被注销职业病诊断医师资格的情形消除后，重新申请职业病诊断医师资格的，应当依照本办法重新申请。

第十七条 省职业病防治培训中心应建立健全职业病诊断医师专业技术培训考核、继续教育和日常管理制度，每年定期向省卫生健康委报送职业病诊断医师培训教育、日常管理等情况。

第十八条 职业病诊断医师在执业活动中违反有关法律法规的，按照有关法律法规处理。

附件：1. 浙江省职业病诊断医师资格申请表

2. 浙江省职业病诊断医师资格变更申请表

附件 1

浙江省职业病诊断医师资格申请表

姓 名		性 别		贴 照 片 处															
出生年月		职 称																	
所学专业		学 历																	
从事专业及工作年限	_____专业_____年																		
申请类别： ☐ 职业性尘肺病及其他呼吸系统疾病； ☐ 职业性化学中毒； ☐ 职业性放射性疾病； ☐ 其他类																			
身份证号																			
工作单位：										办公电话：									
联系地址：										邮 编：									
申请时需提交下列资料（复印件须有申请人签名确认，并提供原件供核对）： 1. 《专业技术职务资格证书》复印件（中级以上卫生专业技术职务任职资格） 2. 《医师执业证书》复印件 3. 身份证复印件 4. 职业病诊断医师资格考核合格证明 5. 2 寸免冠正面半身照片二张																			
本人保证申请表中各栏所填内容及所提交的证明文件和照片真实无假，如有任何虚假，愿负法律责任。 申请人签名：_____ 年 月 日										申请表中所填内容是否属实，是否同意该人申请相应类别职业病诊断医师资格。 负责人签名：_____ 单位公章：_____ 年 月 日									

附件 2

浙江省职业病诊断医师资格变更申请表

姓 名		性 别	
出生年月		职 称	
所学专业		学 历	
原资格证书编号：			
从事职业病诊疗相关工作年份_____年			
申请变更内容： 原职业病诊断类别： ☐ 职业性尘肺病及其他呼吸系统疾病 ☐ 职业性化学中毒 ☐ 职业性放射性疾病 ☐ 其他类 变更后职业病诊断类别： ☐ 职业性尘肺病及其他呼吸系统疾病 ☐ 职业性化学中毒 ☐ 职业性放射性疾病 ☐ 其他类			
身份证号			
工作单位：		办公电话：	
联系地址：		邮 编：	
申请时需提交下列资料（复印件须有申请人签名确认，并提供原件供核对）： 1. 已取得的《职业病诊断医师资格证》原件 2. 与变更申请类别一致的职业病诊断医师资格培训考试合格证明（成绩单）			
本人保证申请表中各栏所填内容及所提交的证明文件和照片真实无假，如有任何虚假，愿负法律责任。 申请人签名： 年 月 日		申请表中所填内容是否属实，是否同意该人申请相应类别职业病诊断医师资格。 负责人签名： 单位公章： 年 月 日	

浙江省职业健康检查工作规程

第一条 为规范全省职业健康检查工作，保护劳动者健康权益，根据《中华人民共和国职业病防治法》《职业健康检查管理办法》《放射工作人员职业健康管理辦法》《职业健康监护技术规范》（GBZ188）和《放射工作人员健康要求及监护规范》（GBZ 98）等有关规定，结合我省实际，制定本规程。

第二条 开展职业健康检查的医疗卫生机构（以下简称职业健康检查机构）应当在备案的检查类别和项目范围内开展相应的职业健康检查。

职业健康检查机构应建立职业健康检查质量管理体系，健全各项规章制度，对职业健康检查工作进行全过程质量管理并保持质量管理体系持续有效运行。职业健康检查工作应遵循科学、公正、及时、便民的原则。

第三条 职业健康检查机构开展职业健康检查应当与用人单位签订委托协议书，由用人单位统一组织劳动者进行职业健康检查，也可以由劳动者持单位介绍信进行职业健康检查。

第四条 职业健康检查机构接受用人单位组织的劳动者职业健康检查委托时，应要求用人单位如实提供以下职业健康检查所需相关资料（附件1和2），并承担检查费用：

（一）用人单位基本情况表；

(二) 工作场所职业病危害因素种类及其接触人员名册、岗位(或工种)、接触时间;

(三) 工作场所职业病危害因素定期检测等相关资料。

第五条 职业健康检查机构应当依据《职业健康监护技术规范》(GBZ 188)和《放射工作人员健康要求及监护规范》(GBZ 98),结合用人单位提交的资料、劳动者所接触职业病危害因素种类和职业健康检查类别,确定其体检项目和周期,并向用人单位提供《职业健康检查表》,告知注意事项。

《职业健康检查表》中的劳动者的单位名称、体检类别、姓名、性别、身份证号码、婚姻状况、总工龄、接害工龄、职业病危害因素种类和名称、职业史等相关内容应与用人单位和劳动者确认并签章。相关内容填写完整,经用人单位和劳动者签章确认者,职业健康检查机构方可安排其职业健康检查。

用人单位应当确保参加职业健康检查的劳动者身份的真实性。

第六条 职业健康检查机构应根据确定的体检项目和技术规范开展体检。外出开展职业健康检查,必须保证检查质量并满足放射防护和生物安全的管理要求。

第七条 劳动者体检完毕后,应当将《职业健康检查表》交职业健康检查机构审核,若发现检查缺项的应立即补检。

体检项目齐全的,由主检医师综合分析劳动者各项检查结果,作出体检结论、处理意见或医学建议。体检项目仍有不全的,通知用人单位组织劳动者补检。

第八条 职业健康检查机构发现有疑似职业病的，应在 5 个工作日内出具《疑似职业病通知/告知书》（附件 3），通知用人单位并告知劳动者；同时填写《疑似职业病报告单》（附件 4）向用人单位所在地卫生健康主管部门报告。

发现职业禁忌证的，应当及时出具《职业禁忌证通知/告知书》（附件 5），并通知用人单位及告知劳动者。

发现需要复查的劳动者，应提出相应处理意见，出具复查通知书（附件 6），并及时通知用人单位按处理意见要求组织劳动者进行复查。

发现劳动者患有急性或危及生命的严重疾病的，应及时通知用人单位和劳动者。

第九条 职业健康检查机构应制作《职业健康检查报告书》（附件 7），由主检医师签名，经审核人审核，批准人审批后加盖职业健康检查机构印章或职业健康检查专用章。

职业健康检查报告书一式三份，用人单位和用人单位所在地卫生健康主管部门各一份，职业健康检查机构存档一份。

职业健康检查机构应当在职业健康检查结束之日起 30 个工作日内将《职业健康检查报告书》和《职业健康检查表》交用人单位签收，并保存用人单位签收凭证（附件 8）。有特殊情况需要延长的，应当说明理由，并告知用人单位。

第十条 职业健康检查机构可以根据用人单位的委托，综合分析职业健康检查结果和用人单位提供的工作场所职业病危害因素监测资料，对职业病危害因素的危害程度、防护措施

效果等进行综合评价，出具职业健康监护评价报告。

第十一条 职业健康检查机构应及时完成职业健康检查资料的归档工作，职业健康检查档案保存时间应当自劳动者最后一次职业健康检查结束之日起不少于 15 年。

职业健康检查档案应当包括：

- （一）职业健康检查委托协议书；
- （二）用人单位提交的有关资料；
- （三）《职业健康检查报告书》；
- （四）《疑似职业病通知/告知书》、《疑似职业病报告单》；
- （五）《职业禁忌证通知/告知书》
- （六）用人单位签收凭证；
- （七）其他职业健康检查工作过程资料。

第十二条 职业健康检查机构要建立信息上报系统，及时做好职业健康检查的信息报告工作。疑似职业病卡在出具正式的职业健康检查报告后 15 天之内填报。

- 附件：
- 1. 用人单位基本信息表
 - 2. 职业健康检查劳动者信息表
 - 3. 疑似职业病通知/告知书
 - 4. 疑似职业病报告单
 - 5. 职业禁忌证通知/告知书
 - 6. 复查通知书
 - 7. 职业健康检查报告书
 - 8. 用人单位签收凭证

附件 1

用人单位基本信息表

单位名称（盖章）：_____

统一社会信用代码：□□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□

通讯地址：_____市（县）_____镇（街道）_____详细地址_____

_____邮编：_____

联系人：_____电话：_____

职工总人数：_____其中生产工人总数：_____外委人员数_____接触有毒有害作业人数：_____

一、经济类型：

1. 内资企业：□国有企业 □集体企业 □股份合作企业

联营企业：□国有联营企业 □集体联营企业 □国有与集体联营企业 □其他联营企业

有限责任公司：□国有独资公司 □其他有限责任公司

□股份有限公司

私营企业：□私营独资企业 □私营合伙企业 □私营有限责任公司 □私营股份有限公司

□其他企业

2. 港、澳、台商投资企业：□合资经营企业 □合作经营企业 □港、澳、台商独资经营企业

□港、澳、台商投资股份有限公司 □其他港、澳、台商投资企业

3. 外商投资企业：□中外合资经营企业 □中外合作经营企业 □外资企业 □外商投资股份有限公司 □其他外商投资企业

二、行业：

行业分类：_____； 根据：《国民经济行业分类》（GB/T 4754—2017）附表 1 的中类和小类填写，例如：0810 铁矿采选。

三、企业规模：

行业名称	指标名称	计量单位	□大型	□中型	□小型	□微型
工业 *	从业人员(X)	人	$X \geq 1000$	$300 \leq X < 1000$	$20 \leq X < 300$	$X < 20$
	营业收入(Y)	万元	$Y \geq 40000$	$2000 \leq Y < 40000$	$300 \leq Y < 2000$	$Y < 300$

注：1、大型、中型和小型企业须同时满足所列指标的下限，否则下划一档；微型企业只须满足所列指标中的一项即可。

2、其他行业企业规模参照关于印发《统计上大中小微型企业划分办法(2017)》的通知（国统字〔2017〕213号）附表要求判定。

附件 2

职业健康检查劳动者信息表

企业名称_____通讯地址：_____市（县）_____镇（街道）

详细地址_____ 邮编：_____

联系人：_____职务_____ 电话：_____

体检类别：☐上岗前 ☐在岗期间 ☐离岗时

序号	姓名	性别	年龄	接害 工龄	工种	职业病危害 因素名称	联系电话	身份证号

用人单位（盖章）

年 月 日

附件 3

编号：_____

疑似职业病通知/告知书

_____（用人单位）、_____劳动者：

_____年__月__日 本机构在（职业健康检查/职业病诊断/门诊治疗/住院治疗/其他____）中发现_____（劳动者姓名、身份证号码_____）（症状、体征及实验室检查结果）等。根据目前材料，界定_____（劳动者姓名）为疑似职业病病人（疑似+职业病名称）。

你单位应当在 30 日内安排对疑似职业病病人进行职业病诊断；在疑似职业病病人诊断或者医学观察期间，不得解除或者终止与其订立的劳动合同。疑似职业病病人在诊断、医学观察期间的费用，由用人单位承担。

劳动者可以在用人单位所在地、本人户籍所在地或者经常居住地依法承担职业病诊断的医疗卫生机构进行职业病诊断。

特此告知。

界定机构

（盖章）

年 月 日

签收人：用人单位、劳动者或代理人（签名）：

年 月 日

备注：一式三份，劳动者、用人单位各一份，医疗卫生机构存档一份。

疑似职业病报告单

劳动者	姓名：性别： 身份证号码：联系电话：
用人单位	用人单位名称：联系人： 地址：联系电话：
报告事项	疑似职业病名称： 界定日期：
处理意见/ 医学建议	医师（签名） 年 月 日

报告人：联系电话：

报告单位（盖章）：报告日期： 年 月 日

备注：一式二份，一份报卫生行政部门，一份由医疗卫生机构存档。

职业禁忌证通知/告知书

_____（用人单位/劳动者）：

_____年__月__日我机构发现你/你单位_____（劳动者姓名）身份证号码_____为职业禁忌证，不得从事存在危害岗位的工作。

特此通知/告知。

医疗卫生机构

（盖章）

年 月 日

签收人：

用人单位、劳动者或代理人（签名）：

年 月 日

备注：一式三份，劳动者、用人单位各一份，医疗卫生机构存档一份。

复查通知书

_____ (用人单位):
_____年__月__日我机构发现你单位_____车间劳动
者_____, _____检查项目和_____车间劳动
者_____, _____...需要进一步检查以明确结论。请安排劳动
者_____, 于_____年__月__日前来我院进行复查。

复查时的注意事项:

- 1、
- 2、

特此通知 (可列表)

医疗卫生机构
(盖章)
年 月 日

签收人 (签名): _____

年 月 日

备注：一式二份，用人单位各一份，医疗卫生机构存档一份。

附件 7

() 职检字第 (年度-) 号

职业健康检查报告书

用人单位: _____

地 址: _____

联系电话: _____

体检类别: ☐ 上岗前

☐ 在岗期间

☐ 离岗时

复查: ☐

职业健康检查机构 (盖章)

年 月 日

职业健康检查报告书说明

- 一、 对本报告书有异议的，请于收到之日起十五日内向本单位提出。
- 二、 本报告书无主检医师、审核人及批准人签字无效，本报告书无本单位盖章无效。
- 三、 本报告书涂改无效。
- 四、 本报告书不得部分复制，不得作广告宣传。
- 五、 本报告书一式三份（用人单位和用人单位所在地卫生行政部门各一份，职业健康检查机构存档一份）。

本单位联系方式：

职业健康检查机构名称：

职业健康检查机构备案号：

地址：

邮编：

联系电话：

职业健康检查报告书

() 职检字第(年度-)号 共 页第 页

用人单位: _____ 地址: _____ 联系电话: _____

体检日期: _____ 年 ____ 月 ____ 日 体检地点: _____

体检类别: ☐ 上岗前 ☐ 在岗期间 ☐ 离岗时

应检人数: _____ 受检人数: _____

职业病危害因素: _____

体检项目: _____

体检与评价依据: GBZ188 职业健康监护技术规范和***诊断标准

体检结论与处理意见/医学建议:

本次职业健康检查发现: 疑似职业病_____人, 职业禁忌证_____人, 需要复查人员_____人。详见附表:

表 1、疑似职业病和职业禁忌证人员名单

姓名	性别	年龄	接害工龄	工种	接触职业病危害因素名称	异常指标	结论	处理意见	医学建议

表 2、需要复查人员名单

姓名	性别	年龄	接害工龄	工种	接触职业病危害因素名称	异常指标	结论	处理意见	医学建议

表 3、其他人员名单 (表 1-2 所列人员以外的受检人员)

姓名	性别	年龄	接害工龄	工种	接触职业病危害因素名称	异常指标	结论	医学建议

主检医师:

审核人:

批准人:

批准日期: _____ 年 ____ 月 ____ 日

职业健康检查机构 (盖章):

附件 8

编号：_____

用人单位签收凭证

我单位收到以下职业健康检查有关材料：

- 1、《职业健康检查报告书》1 份，编号：() 职检字第
(年度-) 号。
- 2、劳动者《职业健康检查表》_____份。

用人单位名称：_____

签收人（签名）：_____

联系电话：_____

签收日期： 年 月 日

备注：一式一份，职业健康检查机构存档

浙江省职业病诊断工作规程

第一条 为规范全省职业病诊断工作，根据《中华人民共和国职业病防治法》和《职业病诊断与鉴定管理办法》等法律、法规和规章，结合本省实际，制定本规程。

第二条 劳动者可以在用人单位所在地、本人户籍所在地或者经常居住地的职业病诊断机构进行职业病诊断。

第三条 劳动者依法要求进行职业病诊断的，职业病诊断机构（以下简称诊断机构）不得拒绝劳动者进行职业病诊断的要求，并告知劳动者职业病诊断的程序和所需材料。劳动者应当如实填写《职业病诊断就诊登记表》（附件1），并提供其本人掌握的职业病诊断有关资料。

劳动者应当对其提交资料的真实性和正确性负责，并承担相应的法律责任。

第四条 由代理人提出职业病诊断要求的，应当提交当事人委托书和代理人身份证复印件，并出示代理人身份证原件。

第五条 诊断机构应当对劳动者提交的职业病诊断有关资料进行审核，并视情形分别处理：

（一）不属于本机构备案的职业病诊断类别范围，应当告知其向有相应诊断类别的机构提出；已诊断且未能提供新证据的，以及其他诊断机构已接收诊断的，不予接收；并向当事人出具《职

业病诊断有关事项告知书》（附件 2）。

（二）符合接收条件的，应当向当事人出具《职业病诊断资料接收单》（附件 3）。

第六条 诊断机构应当在接收之日起五个工作日内向劳动者所在的用人单位出具《关于提供职业病诊断有关资料和缴纳职业病诊断费的函》（附件 4），要求用人单位提供以下职业病诊断资料：

（一）劳动者职业史和职业病危害接触史（包括在岗时间、工种、岗位、接触的职业病危害因素名称等）；

（二）劳动者职业健康检查结果；

（三）工作场所职业病危害因素检测结果；

（四）职业性放射性疾病诊断还需要个人剂量监测档案等资料。

用人单位应当在接到通知后的十日内如实提供。用人单位未在规定时间内提供职业病诊断所需要资料的，诊断机构可以依法提请用人单位所在地卫生健康主管部门协助开展职业病诊断有关工作，出具《关于协助开展职业病诊断有关工作的函》（附件 5）。

第七条 劳动者对用人单位提供的工作场所职业病危害因素检测结果等资料有异议，或者因劳动者的用人单位解散、破产，无用人单位提供上述资料的，诊断机构应当依法提请用人单位所在地卫生健康主管部门进行调查，出具《关于协助开展职业病诊

断有关工作的函》（附件 5）。

卫生健康主管部门应当自接到申请之日起三十日内对存在异议的资料或者工作场所职业病危害因素情况作出符合诊断需求的判定。

职业病诊断机构在卫生健康主管部门作出调查结论或者判定前应当中止职业病诊断。

第八条 诊断机构需要了解工作场所职业病危害因素情况时，可以对工作场所进行现场调查，也可以出具《关于协助开展职业病诊断有关工作的函》（附件 5），依法提请用人单位所在地卫生健康主管部门组织现场调查，卫生健康主管部门应当在接到申请之日起三十日内完成现场调查。

职业病诊断机构在卫生健康主管部门作出调查结论或者判定前应当中止职业病诊断。

第九条 诊断机构在收到职业病诊断补正资料和（或）卫生健康主管部门函复后五个工作日内出具《职业病诊断资料核实通知书》（附件 6），通知当事人核实资料的时间和地点。当事人一方未在规定时间内出席的，视为对另一方当事人提交的资料无异议。

第十条 在诊断机构工作人员的主持下，当事人对职业病诊断资料进行核实，并在《职业病诊断资料核实结果记录单》（附件 7）记录核实结果和争议内容。

无劳动关系证明资料的或在确认劳动者职业史、职业病危害接触史时，当事人对劳动关系、工种、工作岗位或者在岗时间有争议的，诊断机构应当告知当事人依法向用人单位所在地的劳动人事争议仲裁委员会申请仲裁；并向当事人出具《职业病诊断有关事项告知书》（附件2）。

诊断机构在劳动人事争议仲裁委员会作出仲裁裁决前，应当中止职业病诊断。

第十一条 职业病诊断应当按照《中华人民共和国职业病防治法》《职业病诊断与鉴定管理办法》《职业病分类和目录》和国家职业病诊断标准，依据劳动者的职业史、职业病危害接触史和工作场所职业病危害因素情况、临床表现以及辅助检查结果等进行综合分析。材料齐全的情况下，诊断机构应当在收齐材料之日起三十日内作出诊断结论。

没有证据否定职业病危害因素与病人临床表现之间的必然联系的，应当诊断为职业病。

第十二条 诊断机构应在备案的诊断类别范围内组织本单位已取得相应职业病诊断资格的医师开展职业病诊断工作；也可以根据诊断需要，聘请其他单位职业病诊断医师参加诊断；必要时，可以邀请相关专业专家提供咨询意见。

第十三条 经卫生健康主管部门督促，用人单位仍不提供工作场所职业病危害因素检测结果、职业健康监护档案等资料或者

提供资料不全的，诊断机构应当结合劳动者的临床表现、辅助检查结果和劳动者的职业史、职业病危害接触史，并参考劳动者自述或工友旁证资料、卫生健康等有关部门提供的日常监督检查信息等，作出职业病诊断结论。对于作出无职业病诊断结论的病人，可依据病人的临床表现以及辅助检查结果，作出疾病的诊断，提出相关医学意见或者建议。

第十四条 职业病诊断医师应按照有关法律法规和国家职业病诊断标准，依据劳动者的职业史、职业病危害接触史和工作场所职业病危害因素情况、临床表现以及辅助检查结果等，进行综合分析、独立判断、提出诊断意见，任何单位和个人无权干预。

诊断医师对诊断的综合分析意见、依据标准、诊断结论和建议，应当如实记录，制作《职业病诊断过程记录单》（附件 8）。必要时，可经医学观察后再做出诊断结论，诊断医师应明确医学观察期限，医学观察期不计入职业病诊断时限。

第十五条 诊断机构作出职业病诊断结论后，应当出具《职业病诊断证明书》（附件 9）。职业病诊断证明书应当由参与诊断的取得职业病诊断资格的执业医师签署。

诊断机构应当对职业病诊断医师签署的职业病诊断证明书进行审核，确认诊断的依据、结论和书写符合有关法律法规、标准的要求，并在职业病诊断证明书上盖章。

职业病诊断证明书一式五份，劳动者一份，用人单位所在地

县级卫生健康主管部门一份,用人单位两份,诊断机构存档一份。

第十六条 职业病诊断证明书应当于出具之日起十五日内由职业病诊断机构送达劳动者、用人单位及用人单位所在地县级卫生健康主管部门。制作《职业病诊断证明书送达凭证》(附件10)。

第十七条 职业病诊断机构发现职业病或疑似职业病病人时,应当及时向所在地县级卫生健康主管部门报告,并通过职业病监测信息系统进行信息报告。

第十八条 职业病诊断机构应当在作出职业病诊断之日起十五日内,通过职业病监测信息系统进行信息报告,并确保报告信息的完整、真实和准确。

确诊为职业病的,职业病诊断机构可以根据需要,向卫生健康主管部门、用人单位提出专业建议;告知职业病病人依法享有的职业健康权益。

第十九条 诊断机构应当于诊断结束之日起三十日内完成职业病诊断资料的归档工作,永久保存。

档案应当包括:

- (一) 职业病诊断证明书;
- (二) 职业病诊断记录;
- (三) 用人单位、劳动者和相关部门、机构提交的有关资料;
- (四) 临床检查与实验室检验等资料。

第二十条 职业病诊断机构拟不再开展职业病诊断工作的，应当在拟停止开展职业病诊断工作的十五个工作日之前告知省级卫生健康主管部门和所在地县级卫生健康主管部门，妥善处理职业病诊断档案。

- 附件：
1. 职业病诊断就诊登记表
 2. 职业病诊断有关事项告知书
 3. 职业病诊断资料接收单
 4. 关于提供职业病诊断有关资料和缴纳职业病诊断费的函
 5. 关于协助开展职业病诊断有关工作的函
 6. 职业病诊断资料核实通知书
 7. 职业病诊断资料核实结果记录单
 8. 职业病诊断过程记录单
 9. 职业病诊断证明书
 10. 职业病诊断证明书送达凭证

职业病诊断就诊登记表

姓名		性别		年龄		身份证号码	
联系电话		联系地址					
用人单位名称				联系人		联系电话	
用人单位地址						邮政编码	
既往病史							
职业史	起止时间	工作单位		工种/岗位	每天 工作时间	接触的 危害因素	防护 情况
提起诊断的职业病种类	职业性尘肺病及其他呼吸系统疾病_____ 职业性眼病_____ 职业性化学中毒_____ 职业性耳鼻喉口腔疾病_____ 物理因素所致职业病_____ 职业性肿瘤_____ 职业性传染病_____ 职业性放射性疾病_____ 职业性皮肤病_____ 其他职业病_____						
如有以下资料，请一并提供（请在相应资料后打“√”）： （一）劳动者职业史和职业病危害接触史（包括在岗时间、工种、岗位、接触的职业病危害因素名称等）（ ） （二）劳动者职业健康检查结果；（ ） （三）工作场所职业病危害因素检测结果；（ ） （四）与诊断有关的其他资料。（ ） 本人承诺对所提供资料的真实性和正确性负责，同时本人申明近期没有同时在其他职业病诊断机构进行诊断。 当事人（签名或签章）：_____ 日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日							
代理人姓名		与当事人关系		身份证号码		联系方式	
代理人签名：_____				日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日			

注：1.当事人应当提交身份证复印件和劳动关系相关证明材料等，并在复印件上签名确认；委托代理的，还应当提交当事人委托书和代理人身份证复印件。

2.当事人应当在所提交的资料首页上签名确认，并注明页数。

3.如果提供的材料是复印件，应注明“此件与原件相符”并签名，单位加盖公章。

4.当事人在职业病诊断中所提交的所有材料一概不予退还，请自留备份。

5.劳动者如有相关资料的，请一并提供。

职业病诊断有关事项告知书

_____（当事人）：

☐ 因你所提出的职业病诊断要求不属于本职业病诊断机构的职业病诊断类别范围，请向有相应类别的职业病诊断机构提出。

☐ 因你所提出的职业病诊断要求不属于本职业病诊断机构权限范围，请向有相应权限的职业病诊断机构提出。

☐ 因已诊断或者其他诊断机构已接收你的职业病诊断要求，不予接收。

☐ 因你/用人单位对劳动关系、工种、工作岗位、在岗时间有争议，请向用人单位所在地的劳动人事争议仲裁委员会申请仲裁（**特别提示：在劳动人事争议仲裁委员会作出仲裁裁决前，中止职业病诊断。**）。

☐ 因你/用人单位对工作场所职业病危害因素检测结果等资料有异议，需由用人单位所在地的卫生健康主管部门开展调查，作出调查结论或者判定。（**特别提示：在卫生健康主管部门作出调查结论或者判定前，中止职业病诊断。**）。

特此告知。

当事人：

联系电话：

年 月 日

职业病诊断机构地址：

邮政编码：

联系电话：

传真：

职业病诊断机构（盖章）

年 月 日

一式两份。当事人一份，存档一份。

(当事人):

序号	资料名称	份数/页数
1	职业病诊断就诊登记表	
2	身份证复印件	
3	劳动关系证明资料	
4	劳动者职业史和职业病危害接触史	
5	劳动者职业健康检查结果	
6	工作场所职业病危害因素检测结果	
7	个人剂量监测档案（接触职业性放射性危害的劳动者）	
8	与诊断有关的其他资料	

一式两份。当事人一份，存档一份。

关于提供职业病诊断有关资料
和缴纳职业病诊断费的函

_____（用人单位）：

你单位_____（先生/女士）要求进行职业病诊断，我机构已接收。根据《中华人民共和国职业病防治法》的规定，因职业病诊断工作需要，请你单位在十日内提供以下资料（打“√”部分），缴纳职业病诊断费。

序号	资料名称	需要提供打“√”资料
1	劳动者职业史	
2	劳动者职业病危害接触史	
3	工作场所职业病危害因素检测结果	
4	劳动者的职业健康监护档案	
5	个人剂量监测档案（接触职业性放射性危害的劳动者）	
6	用人单位基本信息表（见附表）	
7	授权委托书及代理人身份证复印件	
8	与诊断有关的其他资料	

如果提供的资料是复印件，请注明“此件与原件相符”并加盖公章。如果你单位在规定的时间内不提供上述有关资料或提供虚假资料，将依法承担不利后果。

根据《中华人民共和国职业病防治法》第五十五条和有关文件规定：用人单位承担职业病诊断费 _____。（交费方式：_____）

职业病诊断机构地址：

邮政编码：

联系电话：

传真：

职业病诊断机构（盖章）

年 月 日

一式二份。用人单位一份，存档一份。

附表

用人单位基本信息表

单位名称（盖章）：_____

统一社会信用代码：□□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□

通讯地址：_____市（县）_____镇（街道）_____详细地址_____

_____邮编：_____

联系人：_____电话：_____

职工总人数：_____生产工人总数：_____外委人员数_____接触有毒有害
作业人数：_____

一、经济类型：

1. 内资企业：□国有企业 □集体企业 □股份合作企业

联营企业：□国有联营企业 □集体联营企业 □国有与集体联营企业 □其他联营企业

有限责任公司：□国有独资公司 □其他有限责任公司

□股份有限公司

私营企业：□私营独资企业 □私营合伙企业 □私营有限责任公司 □私营股份有限公司

□其他企业

2. 港、澳、台商投资企业：□合资经营企业 □合作经营企业 □港、澳、台商独资经营企业 □

港、澳、台商投资股份有限公司 □其他港、澳、台商投资企业

3. 外商投资企业：□中外合资经营企业 □中外合作经营企业 □外资企业 □外商投资股份

有限公司 □其他外商投资企业

二、行业：

行业分类：_____； 根据：《国民经济行业分类》（GB/T 4754—2017）附表 1 的中
类和小类填写，例如： 0810 铁矿采选。

三、企业规模：

行业名称	指标名称	计量单位	□大型	□中型	□小型	□微型
工业 *	从业人员(X)	人	$X \geq 1000$	$300 \leq X < 1000$	$20 \leq X < 300$	$X < 20$
	营业收入(Y)	万元	$Y \geq 40000$	$2000 \leq Y < 40000$	$300 \leq Y < 2000$	$Y < 300$

注：1、大型、中型和小型企业须同时满足所列指标的下限，否则下划一档；微型企业只须满足所
列指标中的一项即可。

2、其他行业企业规模参照关于印发《统计上大中小微型企业划分办法(2017)》的通知（国统
字〔2017〕213号）附表要求判定。

关于协助开展职业病诊断有关工作的函

_____卫生健康局:

贵局辖区内_____（单位）_____（先生/女士）要求进行职业病诊断，我单位已接收。根据《中华人民共和国职业病防治法》的规定，因职业病诊断工作需要，请贵局协助完成以下工作（打“√”部分）:

- ☐ 依法督促用人单位提供职业病诊断有关资料。
- ☐ 依法督促用人单位缴纳职业病诊断费。
- ☐ 请提供该用人单位_____（起止时间）的日常监督检查信息，及时函复。
- ☐ 请依法组织现场调查，并请收到本函之日起三十日内反馈工作场所职业病危害因素情况。
- ☐ 劳动者对用人单位提供的工作场所职业病危害因素检测结果等资料有异议，请在收到本函之日起三十日内对异议作出判定，并函复。
- ☐ 劳动者的用人单位解散、破产，无用人单位提供工作场所职业病危害因素检测结果等资料，请在收到本函之日起三十日内对工作场所职业病危害因素情况作出判定，并函复。

如果提供的资料是复印件，请注明“此件与原件相符”并加盖公章。

职业病诊断机构地址:

邮政编码:

联系电话:

传真:

职业病诊断机构（盖章）

年 月 日

一式四份。用人单位所在地卫生健康主管部门一份，存档一份，抄送劳动者、用人单位各一份。

职业病诊断资料核实通知书

_____（当事人）：

你/单位_____于_____年__月__日向我机构提出职业病诊断要求，我机构已接收。为显示公平、公正、公开原则，决定组织当事人对所提交的职业病诊断资料进行核实，现将有关事项通知如下：

一、时间：_____年__月__日__时__分

二、地点：_____

请你/单位务必准时出席。

当事人未在规定时间内出席，视为对另一方当事人提交的资料无异议。

职业病诊断机构地址：

邮政编码：

联系电话：

传真：

职业病诊断机构（盖章）

年 月 日

一式三份。劳动者、用人单位各一份，存档一份。

职业病诊断资料核实结果记录单

_____年__月__日，在职业病诊断机构工作人员主持下，当事人对所提交的职业病诊断资料进行核实，结果如下：

序号	资料名称	核实结果 (有无争议)
1	劳动者职业史	
2	劳动者职业病危害接触史	
3	工作场所职业病危害因素检测结果	
4	劳动者的职业健康检查结果	
5	个人剂量监测档案（接触职业性放射性危害的劳动者）	
6	与诊断有关的其他资料	

争议内容记录：

劳动者（代理人）（签名）：

联系电话：

年 月 日

用人单位授权人（签名）：

联系电话：

年 月 日

职业病诊断过程记录单

共 页 第 页

劳动者姓名		性 别		身份证号码							
用人单位											
诊 断 讨 论 记 录	职业病诊断医师意见：										
	诊断医师（签名）：										
	（备注：尘肺病诊断时需要填写读片记录）： 胸片号和拍片日期： <table><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> 形态和大小： _____ 总体密集度： _____ 分布范围： _____ 诊断医师（签名）：										

职业病诊断过程记录单

共 页 第 页

劳动者姓名		性 别		身份证号码	
用人单位					
表决情况					
诊断结论					
职业病诊断 证明书编号					
职业病诊断 医师（签名）	年 月 日				
审核意见	审核人（签名）：年 月 日				

附件 9

职业病诊断证明书

编号：

姓名		性别		身份证号码	
用人单位名称					
职业病危害接触史					
诊断结论：					
处理意见：					
诊断医师： （ 签名 ） 年 月 日			诊断机构： （ 公章 ） 年 月 日		

注：根据《中华人民共和国职业病防治法》的规定，如对本诊断结论有异议，
可以在接到本证明书三十日内向_____市卫生健康委申请市级职业病鉴定。

职业病诊断证明书送达凭证

我单位已通过邮政/快递寄送《职业病诊断证明书》编号：_____与劳动者(_____)和用人单位所在地卫生健康主管部门(_____)各 1 份，与用人单位(_____) 2 份，邮件凭证附后。

邮寄：《职业病诊断证明书》已用 ☐挂号信 ☐快递发出。

寄件人（签名）：_____ 寄件日期：_____ 年 月 日。

邮件号：_____

劳动者签收日期：_____ 年 月 日 签收人：_____

卫生健康主管部门签收日期：_____ 年 月 日 签收人：_____

用人单位签收日期：_____ 年 月 日 签收人：_____

备注（邮件凭证粘贴处）：

浙江省职业病鉴定工作规程

第一条 为规范全省职业病诊断鉴定工作，根据《中华人民共和国职业病防治法》和《职业病诊断与鉴定管理办法》等有关规定，结合本省实际，制定本规程。

第二条 当事人对职业病诊断机构作出的职业病诊断有异议的，可以在接到职业病诊断证明书之日起三十日内，向作出诊断的职业病诊断机构所在地设区的市级卫生健康主管部门申请首次鉴定。

当事人对设区的市级职业病鉴定结论不服的，可以在接到诊断鉴定书之日起十五日内，向省级卫生健康主管部门申请再鉴定。省级鉴定为最终鉴定。

第三条 当事人申请职业病诊断鉴定时，应当提交以下资料：

- （一）《职业病诊断鉴定申请书》（附件1）；
- （二）职业病诊断证明书，申请省级鉴定的还应当提交市级职业病诊断鉴定书。

当事人应当对其提交资料的真实性和正确性负责，并承担相应的法律责任。

由代理人申请职业病诊断鉴定的，应当提交当事人委托书和代理人身份证复印件，并出示代理人身份证原件。

第四条 职业病鉴定办事机构接收后，应当出具《职业病诊断鉴定资料接收单》（附件2），并在五个工作日内完成资料审核，视情形分别处理：

（一）职业病诊断鉴定申请超过规定期限或不属于本机构权限范围的，不予受理，出具《职业病诊断鉴定不予受理通知书》（附件3）。

（二）资料不全的，应当一次性通知当事人补充，出具《关于提供职业病诊断鉴定有关资料和缴纳职业病鉴定费的函》（附件4），当事人应当在接到本函之日起十日内提交。职业病鉴定办事机构根据需要可以向原职业病诊断机构或者组织首次鉴定的办事机构调阅有关诊断、鉴定资料，出具《关于调阅职业病诊断/鉴定有关资料的函》（附件5），原职业病诊断机构或者组织首次鉴定的办事机构应当在接到本函之日起十日内提交。

（三）资料齐全，符合受理条件的出具《职业病诊断鉴定受理通知书》（附件6）。职业病鉴定办事机构应当在受理鉴定申请之日起四十日内组织鉴定、形成鉴定结论，并出具职业病诊断鉴定书。

第五条 职业病鉴定办事机构应当在受理后及时确定职业病诊断鉴定资料核实和职业病诊断鉴定专家抽取的时间和地点，

向双方当事人出具《职业病诊断鉴定资料核实和职业病诊断鉴定专家抽取事宜通知书》（附件 7）。申请人未在规定时间内出席，也没有事先说明理由的，或者拒绝配合，无法进行职业病鉴定的，视为放弃鉴定；另一方当事人未在规定时间内出席的，视为认可对方当事人提交的职业病诊断鉴定资料和放弃抽取专家权，可缺席进行。

第六条 在职业病鉴定办事机构工作人员的主持下，当事人对职业病诊断鉴定资料进行核实，并在《职业病诊断鉴定资料核实结果记录单》（附件 8）记录核实结果和争议内容；当事人从浙江省职业病鉴定专家库中按照专业类别随机抽取的方式确定职业病诊断鉴定专家 5 名，候补专家 4 名，签具《职业病诊断鉴定专家名单抽取确认书》（附件 9）。当事人委托职业病鉴定办事机构抽取鉴定专家的，应当提交《抽取职业病诊断鉴定专家委托书》（附件 10）。当事人有正当理由要求专家回避的，应当在抽取鉴定专家之前提交《职业病诊断鉴定专家回避申请书》（附件 11）。

第七条 当事人对劳动关系、工种、工作岗位或者在岗时间有争议的，职业病鉴定办事机构应当出具《职业病诊断鉴定有关事项告知书》（附件 12），告知其依法向用人单位所在地的劳动人事争议仲裁委员会申请仲裁。

劳动者对用人单位提供的工作场所职业病危害因素检测结

— 58 —

果等资料有异议的，职业病鉴定办事机构应当出具《关于协助开展职业病诊断鉴定有关工作的函》（附件 13），依法提请用人单位所在地卫生健康主管部门进行调查、判定。

职业病鉴定办事机构在劳动人事争议仲裁委员会作出仲裁裁决前或卫生健康主管部门作出调查结论或者判定前，应当中止职业病鉴定。

第八条 职业病鉴定资料齐全或收到劳动人事争议仲裁委员会作出的仲裁裁决、卫生健康主管部门作出的调查结论或者判定结论后，职业病鉴定办事机构应当及时确定职业病诊断鉴定会的时间和地点，通知当事人陈述和申辩事宜（附件 14）。

职业病鉴定办事机构应当及时通知职业病诊断鉴定专家职业病鉴定会的有关事宜，有下列情形之一的，职业病诊断鉴定专家应当主动回避：

- （一）是职业病诊断鉴定当事人或者当事人近亲属的；
- （二）已参加当事人职业病诊断或者首次鉴定的；
- （三）与职业病诊断鉴定当事人有利害关系的；
- （四）与职业病诊断鉴定当事人有其他关系，可能影响鉴定公正的。

第九条 当事人抽取的专家组成职业病诊断鉴定委员会（以下简称鉴定委员会）。鉴定委员会人数为五人以上单数，其中相关专业职业病诊断医师应当为本次鉴定专家人数的半数以上。鉴

定委员会设主任委员一名，由鉴定委员会成员推举产生。职业病诊断鉴定会议由鉴定委员会主任委员主持，所有参与职业病诊断鉴定的人员应当依法保护当事人的个人隐私、商业秘密。

鉴定委员会应当听取当事人的陈述和申辩，制作《陈述和申辩记录单》（附件 15），当事人在陈述和申辩完毕后应当离开会场，不得干扰职业病诊断鉴定会议的正常进行。必要时可以组织进行医学检查，医学检查应当在三十日内完成。

鉴定委员会认为需要了解被鉴定人的工作场所职业病危害因素情况时，职业病鉴定办事机构根据鉴定委员会的意见可以组织对工作场所进行现场调查，或者依法提请用人单位所在地卫生健康主管部门组织现场调查，出具《关于协助开展职业病诊断鉴定有关工作的函》（附件 13），现场调查应当在三十日内完成。

医学检查和现场调查时间不计算在职业病鉴定规定的期限内。

第十条 鉴定委员会应当认真审阅鉴定资料，依照有关规定和职业病诊断标准，经充分合议后，根据专业知识独立进行鉴定。在事实清楚的基础上，进行综合分析，作出鉴定结论，鉴定结论应当经鉴定委员会半数以上成员通过。制作《职业病诊断鉴定过程记录单》（附件 16）及《职业病诊断鉴定书》（附件 17）。首次鉴定的职业病诊断鉴定书一式五份，劳动者、用人单位、用人单位所在地市级卫生健康主管部门、原诊断机构各一份，职业

病鉴定办事机构存档一份；省级鉴定的职业病诊断鉴定书一式六份，劳动者、用人单位、用人单位所在地省级卫生健康主管部门、原诊断机构、首次职业病鉴定办事机构各一份，省级职业病鉴定办事机构存档一份。

第十一条 职业病鉴定办事机构出具职业病诊断鉴定书后，应当于出具之日起十日内送达当事人，制作《送达回执》（附件18）。并在出具职业病诊断鉴定书后的十日内将职业病诊断鉴定书等有关信息告知原职业病诊断机构或者首次职业病鉴定办事机构，并通过国家或省级职业病监测信息系统进行信息报告。

第十二条 职业病鉴定结论有变更的，职业病鉴定办事机构应当在出具职业病诊断鉴定书后十日内将职业病诊断鉴定书复印件报送用人单位所在地卫生健康主管部门，并通过国家或省级职业病监测信息系统进行信息报告。

第十三条 职业病鉴定办事机构应当于鉴定结束之日起三十日内完成职业病诊断鉴定资料的归档工作，永久保存。职业病鉴定档案应当包括：

- （一）职业病诊断鉴定书；
- （二）当事人和有关机构提交的鉴定资料；
- （三）职业病诊断鉴定过程记录，包括鉴定委员会的组成、鉴定时间、鉴定专家的发言及其鉴定意见、表决情况、经鉴定专

家签字的鉴定结论等，有当事人陈述和申辩的，应当有陈述和申辩记录；

（四）与鉴定有关的其他资料。

- 附件：
1. 职业病诊断鉴定申请书
 2. 职业病诊断鉴定资料接收单
 3. 职业病诊断鉴定不予受理通知书
 4. 关于请提供职业病诊断鉴定有关资料和缴纳职业病鉴定费的函
 5. 关于调阅职业病诊断/鉴定有关资料的函
 6. 职业病诊断鉴定受理通知书
 7. 职业病诊断鉴定资料核实和职业病诊断鉴定专家抽取事宜通知书
 8. 职业病诊断鉴定资料核实结果记录单
 9. 职业病诊断鉴定专家名单抽取确认书
 10. 抽取职业病诊断鉴定专家委托书
 11. 职业病诊断鉴定专家回避申请书
 12. 职业病诊断鉴定有关事项告知书
 13. 关于请协助开展职业病诊断鉴定有关工作的函
 14. 陈述和申辩通知书
 15. 陈述和申辩记录单

16. 职业病诊断鉴定过程记录单
17. 职业病诊断鉴定书
18. 送达回执

附件 1

申请编号：_____

职业病诊断鉴定申请书

劳动者	姓 名		性 别	
	身份证号码		联系电话	
	通信地址		邮政编码	
用人单位	单位名称		法定代表人 或负责人	
	单位地址		邮政编码	
	单位联系人		联系电话	
申请鉴定 主要理由				
请在提交的资料后打“√”： (一) 职业病诊断证明书； () (二) 首次职业病诊断鉴定书(申请省级职业病鉴定时需要提交)； () (三) 其他有关资料 1. 劳动者职业史和职业病危害接触史（包括在岗时间、工种、岗位、接触的职业病危害因素名称等）； () 2. 劳动者职业健康检查结果； () 3. 工作场所职业病危害因素检测结果； () 4. 个人剂量监测档案（限于接触职业性放射性危害的劳动者）； () 5. 授权委托书及代理人身份证复印件； () 6. 与鉴定有关的其他资料。 () 上述第（三）项资料，当事人如以职业病诊断或首次职业病鉴定时提供的资料为准，可以不再提供，请在备注中说明。				
备注：				
本人承诺对上述申请内容和提供资料的真实性和正确性负责。 申请人或代理人：（签名或签章） 日期： 年 月 日				

- 注：1. 委托代理的，还应当提交当事人委托书和代理人身份证复印件。
2. 如果提供的资料是复印件，应当注明“此件与原件相符”并签名，单位加盖公章。
3. 当事人在职业病诊断鉴定中所提交的所有资料不予退还，请自留备份。

附件 2

申请编号：_____

职业病诊断鉴定资料接收单

_____（当事人）：

今收到你/单位以下资料。

序号	资料名称	份数/页数
1	职业病诊断鉴定申请书	
2	职业病诊断证明书	
3	首次职业病诊断鉴定书	
4	授权委托书及代理人身份证复印件	
5	其他有关资料	

当事人： 联系电话：

 年 月 日

收件人：

 年 月 日

职业病鉴定办事机构地址：

邮政编码：

联系电话：

传真：

职业病鉴定办事机构（盖章）

 年 月 日

一式两份。当事人一份，存档一份。

职业病诊断鉴定不予受理通知书

_____（申请人）：

你/单位于_____年____月____日向我机构提出职业病诊断鉴定申请，经审核，不予受理。

不予受理的理由：

- ☐ 超过职业病诊断鉴定申请规定期限。
- ☐ 不属于本机构职业病诊断鉴定权限范围。

特此通知。

职业病鉴定办事机构地址：

邮政编码：

联系电话：

传真：

签收人：

职业病鉴定办事机构（盖章）

_____年 月 日

一式两份。申请人一份，存档一份。

关于请提供职业病诊断鉴定有关资料和 缴纳职业病鉴定费的函

_____ (当事人):

你/单位申请对_____ (先生/女士) 进行职业病诊断鉴定, 我机构已接收。根据《中华人民共和国职业病防治法》的规定, 因职业病鉴定工作需要, 请你/单位在十日内提供以下资料 (打“√”部分), 并缴纳职业病鉴定费。

序号	资料名称	需要提供打“√”资料
1	职业病诊断证明书	
2	首次职业病诊断鉴定书	
3	劳动者职业史	
4	劳动者职业病危害接触史	
5	工作场所职业病危害因素检测结果	
6	劳动者的职业健康监护档案	
7	个人剂量监测档案 (接触职业性放射性危害的劳动者)	
8	授权委托书及代理人身份证复印件	
9	与鉴定有关的其他资料	

如果提供的资料是复印件, 请注明“此件与原件相符”并加盖公章。如果你单位在规定的时间内不提供上述有关资料或提供虚假资料, 将依法承担不利后果。

根据《中华人民共和国职业病防治法》第五十三条第三款和有关文件规定: 用人单位承担职业病鉴定费 _____ 元。(交费方式: _____)

职业病鉴定办事机构地址:

邮政编码:

联系电话:

传真:

职业病鉴定办事机构 (盖章)

年 月 日

一式二份。当事人一份, 存档一份。

关于调阅职业病诊断/鉴定有关资料的函

_____（职业病诊断机构/市职业病鉴定办事机构）：

我机构已接收了（用人单位名称）_____（劳动者姓名）_____的职业病诊断鉴定申请，根据《职业病诊断与鉴定管理办法》的规定，因职业病鉴定工作需要，请你机构在十日内提供该劳动者的职业病诊断资料/职业病鉴定资料，我机构将在鉴定结束后归还。

特此通知。

联系人：

职业病鉴定办事机构地址：

邮政编码：

联系电话：

传真：

职业病鉴定办事机构（盖章）

_____ 年 月 日

一式两份。职业病诊断机构/市职业病鉴定办事机构一份，存档一份。

职业病诊断鉴定受理通知书

_____ (申请人)：

你/单位于_____年_____月_____日向我机构申请_____ (劳动者姓名) 的职业病诊断鉴定，经审核，符合受理条件，我机构同意受理你/单位的职业病诊断鉴定申请。

特此通知。

职业病鉴定办事机构地址：

邮政编码：

联系电话：

传真：

签收人：

职业病鉴定办事机构（盖章）

_____ 年 月 日

一式两份。申请人一份，存档一份。

职业病诊断鉴定资料核实和职业病诊断鉴定专家 抽取事宜通知书

_____（当事人）：

你/单位于_____年____月____日向我机构提出_____（先生/女士）的职业病诊断鉴定申请，我机构已受理。为显示公平、公正、公开原则，决定组织当事人对所提交的职业病诊断鉴定资料进行核实，并由当事人抽取职业病诊断鉴定专家。现将有关事项通知如下：

一、时间：_____年____月____日____时____分

二、地点：_____

请你/单位务必准时出席。如申请人未在规定时间内出席，也没有事先说明理由的，视为放弃鉴定；另一方当事人未在规定时间内出席的，可缺席审理。

职业病鉴定办事机构地址：

邮政编码：

联系电话：

传真：

职业病鉴定办事机构（盖章）

_____年____月____日

一式三份。劳动者、用人单位各一份，存档一份。

职业病诊断鉴定资料核实结果记录单

_____年____月____日在职业病鉴定办事机构工作人员主持下，当事人对所提交的职业病诊断鉴定资料进行核实，结果如下：

序号	资料名称	核实结果 (有无争议)
1	职业病诊断鉴定申请书	
2	职业病诊断证明书	
3	首次职业病诊断鉴定书	
4	其他有关资料	

争议内容记录：

劳动者（代理人）（签名）：
联系电话：

年 月 日

用人单位授权人（签名）：
联系电话：

年 月 日

职业病诊断鉴定专家名单抽取确认书

____年____月____日在职业病鉴定办事机构工作人员主持下，随机抽取确定：

职业病诊断鉴定专家 5 名，名单编号：____；____；____；____；____。

候补职业病诊断鉴定专家 4 名，名单编号：____；____；____；____。名单
封存归档，当事人对此无异议。

劳动者（代理人）（签名）：

用人单位（代理人）（签名）：

年 月 日

年 月 日

抽取职业病诊断鉴定专家委托书

_____职业病鉴定办事机构：

当事人全权委托贵机构代理从浙江省职业健康专家库中抽取鉴定专家，组成职业病诊断鉴定委员会。特此委托。

当事人（代理人）（签章）：

年 月 日

职业病诊断鉴定专家回避申请书

_____职业病鉴定办事机构：

因下列打“√”的原因，申请（专家姓名）_____回避
（用人单位名称）_____（劳动者姓名）_____的职业病诊断鉴定会。

☐ 是职业病诊断鉴定当事人或者当事人近亲属；

☐ 与职业病诊断鉴定当事人有利害关系；

☐ 与职业病诊断鉴定当事人有其他关系，可能影响鉴定公正。

当事人或代理人（签章）：

年 月 日

职业病诊断鉴定有关事项告知书

_____（当事人）：

因你/单位对下列打√部分内容有争议：劳动关系（ ）、工种（ ）、工作岗位（ ）、在岗时间（ ）。请向用人单位所在地的劳动人事争议仲裁委员会申请仲裁。

特别提示：在劳动人事争议仲裁委员会作出仲裁裁决前，中止职业病鉴定。

（ ）因劳动者对用人单位提供的工作场所职业病危害因素检测结果等资料有异议，职业病鉴定办事机构依法提请用人单位所在地卫生健康主管部门进行调查、判定。

特别提示：在卫生健康主管部门作出调查结论或者判定前，中止职业病鉴定。

特此告知。

当事人：_____ 联系电话：_____

年 月 日

职业病鉴定办事机构地址：

邮政编码：

联系电话：

传真：

职业病鉴定办事机构（盖章）

年 月 日

一式三份。劳动者、用人单位各一份，存档一份。

关于协助开展职业病诊断鉴定有关工作的函

_____卫生健康局：

贵局辖区内_____（单位）_____（先生/女士）申请职业病诊断鉴定，我机构已接收。根据《中华人民共和国职业病防治法》的规定，因职业病鉴定工作需要，请贵局协助完成以下工作（打“√”部分）：

- ☐ 依法督促用人单位提供职业病诊断鉴定有关资料。
- ☐ 依法督促用人单位缴纳职业病鉴定费。
- ☐ 请提供该用人单位_____（起止时间）的日常监督检查信息，及时函复。
- ☐ 请依法组织现场调查，并请于 30 日内反馈工作场所职业病危害因素情况。
- ☐ 劳动者对用人单位提供的工作场所职业病危害因素检测结果等资料有异议，请在收到本函之日起三十日内对异议作出判定，并函复。
- ☐ 劳动者的用人单位解散、破产，无用人单位提供工作场所职业病危害因素检测结果等资料，请在收到本函之日起三十日内对工作场所职业病危害因素情况作出判定，并函复。

如果提供的资料是复印件，请注明“此件与原件相符”并加盖公章。

职业病鉴定办事机构地址：

邮政编码：

联系电话：

传真：

职业病鉴定办事机构（盖章）

_____ 年 月 日

一式四份。用人单位所在地卫生健康主管部门一份，存档一份，抄送劳动者、用人单位各一份。

陈述和申辩通知书

_____（当事人）：

_____（单位）_____（先生/女士）的职业病诊断鉴定会定于____年____月____日进行，你/单位可以向职业病诊断鉴定委员会进行陈述和申辩，现将有关事项通知如下：

一、时间：____年____月____日

二、地点：_____

请你/单位事先准备好陈述和申辩的书面资料，准时出席。逾期视为放弃陈述和申辩。

职业病鉴定办事机构地址：

邮政编码：

联系电话：

传真：

职业病鉴定办事机构（盖章）

年 月 日

一式三份。劳动者、用人单位各一份，存档一份。

陈述和申辩记录单

劳动者姓名：_____ 联系电话：_____

工作单位：_____ 联系电话：_____

陈述和申辩人：_____ 与当事人关系：_____

陈述和申辩地点：_____

陈述和申辩时间：_____年____月____日____时____分至____时____分

陈述和申辩内容：

陈述申辩人（签名）：
年 月 日

记录员（签名）：
年 月 日

职业病诊断鉴定过程记录单

共 页 第 页

劳动者姓名			性 别		身份证号码	
用 人 单 位						
原诊断机构					诊断结论	
首次鉴定机构					首次鉴定结论	
本次鉴定时间					本次鉴定地点	
参加 职业 病诊 断鉴 定专 家	姓 名	工 作 单 位		职 称	专业类别	是否属于 第一类专家
邀请 专家						
鉴定委员会主任委员：						
本次职业病诊断鉴定委员会的成员：						
1. 是否为 5 人以上的单数 □是 □否						
2. 其中具有职业病诊断资格医师（即第一类专家）是否占半数以上 □是 □否						

记录员（签名）：_____ 年 月 日

职业病诊断鉴定过程记录单

共 页 第 页

劳动者姓名		用人单位	
-------	--	------	--

专家综合分析与鉴定意见：

(备注：尘肺病鉴定时需要填写读片记录)：

胸片号和拍片日期：

形态和大小： _____

总体密集度： _____

分布范围： _____

鉴定专家（签名）：

年 月 日

职业病诊断鉴定过程记录单

共 页 第 页

姓名		性别		身份证号码	
用人单位名称					
职业病危害接触史					
申请鉴定主要理由					
鉴定依据					
鉴定结论					
表决情况					
鉴定委员会签名					
审核意见		职业病诊断鉴定委员会主任委员（签名）： 年 月 日			

附件 17

职业病诊断鉴定书

编号：

姓名		性别		身份证号码	
用人单位名称					
职业病危害接触史					
申请鉴定主要理由：					
鉴定依据：					
鉴定结论：					
职业病诊断鉴定委员会 (公章) 年 月 日					

注：根据《中华人民共和国职业病防治法》、《职业病诊断与鉴定管理办法》的规定，如对设区的市级职业病鉴定结论不服的，可以在接到诊断鉴定书之日起十五日内向浙江省卫生健康主管部门申请再鉴定，省级鉴定为最终鉴定。

附件 18

送达回执

送 达 回 执

职业病鉴定办事机构：（盖章）

受送达人（单位）：

送达文件名称：

编号：

送达方式：

送达地点：

送达人签名：

送达时间： 年 月 日

收件人签名：

收件时间： 年 月 日

留置送达：受送达人拒绝接受送达文件，代收人不愿意在送达文书上签名 / 盖章，送达人员将送达文书留置在 。

见证人签名：

邮寄送达：《职业病诊断鉴定书》已用 ☐ 快递 ☐ 挂号信发出。

寄件日期： 年 月 日

寄件人（签名）：

邮件号：

签收日期： 年 月 日。

备注（邮件凭证粘贴处）：

浙江省卫生健康委员会办公室

2023 年 4 月 24 日印发

(校对: 诸爱囡)

