

职业卫生技术服务信息报送卡

20__年

表 号：卫健统 52 表
制定机关：国家卫生健康委
批准机关：国家统计局
批准文号：国统制[2025] 53 号
有效期至：2028 年 2 月

报告卡编码

一、机构信息			
机构名称		法定代表人（或主要负责人）	
注册地址		机构资质证书编号	
项目负责人		联系电话	
资质业务范围	<input type="checkbox"/> 采矿业， <input type="checkbox"/> 化工、石化及医药， <input type="checkbox"/> 冶金、建材， <input type="checkbox"/> 机械制造、电力、纺织、建筑和交通运输等行业领域， <input type="checkbox"/> 核设施， <input type="checkbox"/> 核技术工业应用。		
二、参与人员信息			
序号	姓名	承担的服务事项	
		<input type="checkbox"/> 现场调查 <input type="checkbox"/> 现场采样 <input type="checkbox"/> 现场检测 <input type="checkbox"/> 实验室检测 <input type="checkbox"/> 评价	
		<input type="checkbox"/> 现场调查 <input type="checkbox"/> 现场采样 <input type="checkbox"/> 现场检测 <input type="checkbox"/> 实验室检测 <input type="checkbox"/> 评价	
三、服务的用人单位信息			
单位名称		统一社会信用代码	
注册地址	____省（自治区、直辖市）____市（地、州）____县（市、区）____乡（镇、街道）____号		
技术服务地址与注册地址不一致的请填写详细服务地址	1. ____省（自治区、直辖市）____市（地、州）____县（市、区）； 2. ____省（自治区、直辖市）____市（地、州）____县（市、区）； 3. ____省（自治区、直辖市）____市（地、州）____县（市、区）。		
联系人		联系电话	
企业规模	<input type="checkbox"/> 大型 <input type="checkbox"/> 中型 <input type="checkbox"/> 小型 <input type="checkbox"/> 微型		
四、技术服务信息			
技术服务报告编号		出具技术服务报告时间	
技术服务领域	<input type="checkbox"/> 采矿业， <input type="checkbox"/> 化工、石化及医药， <input type="checkbox"/> 冶金、建材， <input type="checkbox"/> 机械制造、电力、纺织、建筑和交通运输等行业领域， <input type="checkbox"/> 核设施， <input type="checkbox"/> 核技术工业应用。		
现场调查时间		现场采样/检测时间	
技术服务结果	<input type="checkbox"/> 职业病危害因素检测	共检测岗位或工种数量____个，其中，职业病危害因素浓度/强度水平超标岗位或工种数量____个，超标危害因素类型： <input type="checkbox"/> 粉尘、 <input type="checkbox"/> 化学因素、 <input type="checkbox"/> 物理因素、 <input type="checkbox"/> 放射性因素、 <input type="checkbox"/> 生物因素、 <input type="checkbox"/> 其他因素。	
	<input type="checkbox"/> 职业病危害现状评价	共检测岗位或工种数量____个，其中，职业病危害因素浓度/强度水平超标岗位或工种数量____个，超标危害因素类型： <input type="checkbox"/> 粉尘、 <input type="checkbox"/> 化学因素、 <input type="checkbox"/> 物理因素、 <input type="checkbox"/> 放射性因素、 <input type="checkbox"/> 生物因素、 <input type="checkbox"/> 其他因素。	
	<input type="checkbox"/> 职业病防护设备设施与防护用品的效果评价	<input type="checkbox"/> 开展职业病防护设备设施防护效果检测，检测设备设施数量____台（套），检测结果不合格的设备设施数量____台（套），不合格的设备设施名称_____。 <input type="checkbox"/> 开展职业病防护用品防护效果检测，检测防护用品数量____个（件），结果不合格的防护用品数量____个（件），不合格防护用品名称_____。	

填表单位（签章）：_____ 单位负责人：_____ 填表人：_____

填表人联系电话：_____ 填表日期：____年__月__日

填报说明：1. 由依法承担职业卫生技术服务的机构通过国家卫生健康委建立的信息系统填报该卡。
2. 机构应在出具职业卫生技术服务报告后 15 日内填报该卡信息。
3. 该卡需导出打印并加盖单位公章，与技术服务报告首页、签发页一并扫描后上传至信息系统。
4. 超标的主要判定依据：《工作场所有害因素职业接触限值 第 1 部分：化学有害因素》（GBZ 2.1）、《工作场所有害因素职业接触限值 第 2 部分：物理因素》（GBZ 2.2）、《工业探伤放射防护标准》（GBZ 117）等国家职业卫生标准和《电离辐射防护与辐射源安全基本标准》（GB 18871）。