附件2

**云南省职业健康检查机构备案变更表**

（2025年版）

机构名称（公章）：

填表日期： 年 月 日

云南省卫生健康委员会制

**云南省职业健康检查机构备案变更表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 |  | | | | | |
| 机构地址 |  | | 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 邮政编码 |  | 通讯地址 |  | | | |
| 法定代表人 |  | 职务/职称 | |  | | |
| 执业情况 | 是否继续开展职业健康检查工作 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 |  | |  | | |
| 法定代表人 |  | |  | | |
| 机构地址 |  | |  | | |
| 检查类别 | 1.接触粉尘类 （ ）  2.接触化学因素类 （ ）  3.接触物理因素类 （ ）  4.接触生物因素类 （ ）  5.接触放射因素类 （ ）  6.职业性肌肉骨骼疾病 （ ）  7.其他类 （ ） | | 1.接触粉尘类 （ ）  2.接触化学因素类 （ ）  3.接触物理因素类 （ ）  4.接触生物因素类 （ ）  5.接触放射因素类 （ ）  6.职业性肌肉骨骼疾病 （ ）  7.其他类 （ ） | | |
| 检查项目 | （请详细说明变更项目，并在职业健康检查机构开展项目备案登记表上勾选开展项目） | | | | |
| 其他事项 |  | | | | |
| 所附资料 | 机构名称、机构地址变更，提交当地机构编制部门或其他相关部门下发的有效证明材料复印件；法定代表人变更的，提交单位主管（上级）部门下发的相关文件或其他有效证明材料复印件、法人身份证复印件；增加职业健康检查类别和检查项目的，按照第十四条要求提交申请材料。 | | | | | |
| 本单位保证上述资料属实。  备案单位法定代表人：　　　 备案单位：  （签章） （公章）  年 月 日 | | | | | | |