附件4

**云南省职业病诊断机构备案变更表**

（2025年版）

备案单位名称（公章）：

填表日期： 年 月 日

云南省卫生健康委员会制

云南省职业病诊断机构备案变更表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 |  | | | | | 网址 |  |
| 机构地址 |  | | | | | 邮编 |  |
| 法定代表人 |  | | 职务/职称 |  | | 电话 |  |
| 备案联系人 |  | | 电话/传真 |  | | 邮箱 |  |
| 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 |  | | |  | | |
| 诊断项目 | 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、职业性肌肉骨骼疾病 （ ）  病种名称：  十一、职业性精神和行为障碍 （ ）  病种名称：  十二、其他职业病 （ ）  病种名称： | | | 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、职业性肌肉骨骼疾病 （ ）  病种名称：  十一、职业性精神和行为障碍 （ ）  病种名称：  十二、其他职业病 （ ）  病种名称： | | |
| 其他事项 | 《职业病诊断与鉴定管理办法》（国家卫生健康委员会令第6号）规定的其他资料及省卫生健康委提出的有关要求。 | | | | | |
| 所附资料 | 机构名称、机构地址变更的，请提供《医疗机构执业许可证》原件与副本的复印件；新增诊断项目的，请详细说明具备开展新增职业病诊断项目的专业技术人员和仪器设备等情况。 | | | | | | |
| 本机构保证上述资料真实、准确。  机构法定代表人（签章）： 机构（公章）：  年 月 日 | | | | | | | |

注：此表一式两份，一份医疗机构留存备查，一份省级卫生健康行政部门留存。