海船船员健康体检机构备案申请表

**申请单位（机构）名称（公章）：**

**申请日期：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位（机构）  名称（中英文） | |  | | | | |
| 法定代表人 | |  | | 联系电话 | |  |
| 单位（机构）  经营性质 | |  | | 组织机构代码 | |  |
| 单位（机构）  等级 | |  | | 注册资本 | |  |
| 单位（机构）  地址（中英文） | |  | | | | |
| 固定联系人 | |  | 联系电话及传真 | |  | |
| 单位（机构）固定电子邮箱 | |  | | | | |
| 单位（机构）简介 |  | | | | | |
| 相关资质情况 |  | | | | | |
| 诊疗科目 |  | | | | | |
| 主检医师情况 |  | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 体检所需仪器、设备配备情况 |  | |
| 技术资料配备情况 |  | |
| 健康体检质量管理制度 |  | |
| 公章印模 |  | |
| 其他情况 |  | |
| 机构声明：  本机构对以上填写内容和提交材料的真实性、有效性负责，如有不符，愿承担相应的责任。  机构法人代表签名： 申请机构（公章）：  填报日期： 年 月 日 | | |
| 办理结果 | | □不符合规定要求：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。  □符合规定要求，编码：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。 |

**注：本表一式二份**

**海船船员健康体检主检医师备案申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 姓名拼音 |  | | 性别 | |  | 照片 |
| 国籍 |  | | | 民族 |  | | 出生地 | |  |
| 出生日期 |  | | | 身份证号 |  | | | | |
| 医师资格证书编码 | |  | | | 医师执业证书号码 | | |  | |
| 学 历 |  | | | 毕业院校 |  | | | | |
| 服务单位 |  | | | | | | | | |
| 联系电话 |  | | 电子邮箱 | | |  | | | | |
| 工作经历 |  | | | | | | | | | |
| 持证情况 |  | | | | | | | | | |
| 签字手迹 |  | | | | | | | | | |
| 医医师声明 | 本人对以上填写内容和提交材料的真实性、有效性负责，如有不符，愿承担相应的责任。  申请人（签字）： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 单位意见 | 单位法人（签字）： （公章） | | | | | | | | | |
| 办理结果 | □不符合规定要求：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。  □符合规定要求，编码：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。 | | | | | | | | | |

海船船员健康体检机构仪器、设备清单

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 仪器设备名称 | 型号 | 计量鉴定编号 | 生产厂家 | 主要功能 | 购置时间 | 状态 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |