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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |