

附件 2

## 职业健康检查机构备案变更表

机构名称（公章）：

填表日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

山东省卫生健康委员会制

# 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. 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. 其他类 ( )		
	检查项目	检查项目变更的请详细说明 (可附页)。				
	其他事项					
所附资料	(列出需提交材料目录)					
本单位保证上述资料属实。 备案单位法定代表人 (签字) : _____  <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">                     备案单位 :                      (公章)                      年 月 日                 </div>						