

职业健康检查机构注销备案申请表

机构名称：

法定代表人：

统一社会信用代码：

地址：

联系人：

联系电话：

我单位因
案。原备案回执编号（
执，落实档案管理制度。

申请注销职业健康检查备
案。交回原备案回

单位名称（公章）
年 月 日

职业健康检查机构注销备案证明

机构名称：

法定代表人：

统一社会信用代码：

地址：

联系人：

联系电话：

() 单位因 ()
申请注销职业健康检查备案。原备案回执编号
()。按照《山东省职业健康检查机构备案
管理办法》规定，同意注销备案，收回原备案回执。

山东省卫生健康委员会

年 月 日