附件1

职业病诊断机构备案表

机构（公章）：

填 表 日 期： 年 月 日

北京市卫生健康委员会制

职业病诊断机构备案表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |
| 备案诊断项目（按照《职业病分类和目录》，在相对应职业病类别后面的括号内打“√”，并明确具体病种名称） | 1. 职业性尘肺病及其他呼吸系统疾病（ ）

病种名称：1. 职业性皮肤病 （ ）

病种名称：1. 职业性眼病 （ ）

病种名称：1. 职业性耳鼻喉口腔疾病 （ ）

病种名称：1. 职业性化学中毒 （ ）

病种名称：1. 物理因素所致职业病 （ ）

病种名称：1. 职业性放射性疾病 （ ）

病种名称：1. 职业性传染病 （ ）

病种名称：1. 职业性肿瘤 （ ）

病种名称：十、其他职业病 （ ）病种名称： |
| 备案所需资料清单 | 1. 《医疗机构执业许可证》原件与副本的复印件； （ ）
2. 职业病诊断医师等相关技术人员情况表； （ ）

3.相关的仪器设备清单； （ ） 4.负责职业病信息报告人员名单; （ ） 5.职业病诊断质量管理制度等相关资料; （ ）  |
| 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　　　　　　  |

**填表说明**：

1.备案诊断项目，按照《职业病分类和目录》，在相对应职业病类别后面的括号内打“√”；

2.备案所需资料，资料齐备的在相对应括号内打“√”；

3.此表一式两份，一份医疗机构留存备查，一份北京市卫生健康委留存。

职业病诊断医师等相关技术人员情况表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 出生年月 | 学历 | 职务/职称 | 所在科室 | 从事专业 | 工作年限 | 取得职业病诊断资格的类别 | 取得职业病诊断资格的日期 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**填表说明**：负责职业病信息报告的人员请在备注中注明。

职业病诊断仪器和设备清单

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 仪器、设备名称 | 型号 | 数量 | 用途 | 工作状态 | 购置日期 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

附件2

职业病诊断机构备案变更表

机构（公章）：

填 表 日 期： 年 月 日

北京市卫生健康委员会制

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 |  |
| 备案变更联系人 |  | 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 |  |  |
| 其他事项 |  |
| 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　　　　　　  |