陕西省放射卫生技术服务机构

资质审定申请表

申请机构（公章）：

填 表 日 期： 年 月 日

陕西省卫生健康委员会制

填 表 说 明

1．本申请表由申请放射卫生技术服务资质的机构填写后报卫生行政部门。

2．填写时，文字要简练，不得涂改，空格处以“无”字填写，并用A4纸打印。

3．单位名称、地址等项目要填写全称。

4．“单位性质”一栏填写“国有”、“集体”、“民营”、“个体”等。

5．申请资料一式二份，并提供电子版1份。

6．所有申请资料应逐页加盖申请单位公章（可以是骑缝章）。

放射卫生技术服务机构资质审定申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请机构名称 |  | | 单位性质 | |  | | | |
| 申请机构地址 |  | | 电 话 | |  | | 传真 |  |
| 邮政编码 |  | 电子邮箱 |  | | | | | |
| 法定代表人 |  | | 职 务 |  | | | | |
| 联 系 人 |  | | 职 务 |  | | 电 话 | |  |
| 放射卫生  技术服务  范围及  资质等级 | （一）放射诊疗建设项目职业病危害放射防护评价甲级资质 □  （二）放射诊疗建设项目职业病危害放射防护评价乙级资质 □  （二）放射诊疗建设项目职业病危害放射防护评价丙级资质 □  （三）放射卫生防护检测 ：  1、放射诊疗场所防护检测（不包括核医学） □  2、核医学工作场所防护检测□  3、放射诊疗设备性能检测 □  （四）个人剂量监测：  1、X、γ、β外照射个人剂量监测 □  2、中子个人剂量监测 □  3、内照射个人剂量监测 □  备注：在相应的□中打勾 | | | | | | | |
| 法定代表人（签字）： 申请机构（公章）：  年 月 日 年 月 日 | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 应提交  的资料 | （一）法人资格证明材料（复印件）；  （二）申请单位简介；  （三）质量管理手册和程序文件目录；  （四）专业技术人员情况一览表；  （五）专业技术人员的专业技术任职资格证书和培训考核合格证明（复印件）；  （六）相关仪器设备清单；  （七）工作场地使用证明（房屋产权房产证明复印件或租赁合同复印件）；  （八）计量认证合格证书（复印件）；  （九）申请建设项目评价资质的，提交模拟预评、控评报告各1份。 | |
| 资质认定  办事机构  审核意见 | | 经办人： 领导签字： （公章）  审核人： 年 月 日 |
| 卫生健康  部门审批  意 见 | | 经办人： 领导签字： （公章）  审核人： 年 月 日 |
| 许可证  有效期  及编号 | | 有效期： 年 月 日至 年 月 日    编 号： 陕放卫技字[ ]第 号 |

专业技术人员情况一览表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 出生年月 | 职 称 | 从事专业 | 专业工作年限 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

注：填写不完的可另附续表

相关仪器设备清单

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 仪器设备名称 | 型号 | 计量检定  （校准）有效期 | 生产  厂家 | 用途 | 数量 | 状态 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

注：填写不完的可另附续表