陕西省放射卫生技术服务机构

资质变更申请表

申请机构（公章）：

填 表 日 期： 年 月 日

陕西省卫生健康委员会制

放射卫生技术服务机构资质变更申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请机构名称 | |  | | | 单位性质 |  | |
| 申请机构地址 | |  | | 电 话 |  | 邮政编码 |  |
| 法定代表人 | |  | | 职 务 |  | | |
| 专业科室名称 | |  | 负责人 |  | 电 话 |  | |
| 工作联系人 | |  | | 联系电话 |  | | |
| 传 真 | |  | | 电子邮箱 |  | | |
| 原资质证书编号 | |  | | | | | |
| 资质项目及等级 | |  | | | | | |
| 证书有效期限 | | 年 月 日至 年 月 日 | | | | | |
| 提交资料 | | □公安或工商部门出具的变更情况的证明材料；  □单位主管（上级）部门出具的证明文件即任命决定（复印件）；  □放射卫生技术服务机构资质证书原件。 | | | | | |
| 发生变更情况：  1.法定代表人变更 □ 2.机构名称变更 □ 3.机构地名变更 □ | | | | | | | |
| 申请变更内容：  1.原机构法定代表人：  变更后法定代表人：  2.原机构名称：  变更后机构名称：  3.原单位地址：  变更后单位地址： | | | | | | | |
| 监督机构  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 | | | | | | |