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 |