**四川省医疗机构外出健康体检备案申请表**

医疗机构名称（盖章）：

接受体检单位名称：

申 请 备 案 日 期： 年 月 日

表1

四川省医疗机构外出健康体检情况表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 |  | | | 法定代表人 | |  |
| 医疗机构地址 |  | | | 主要负责人 | |  |
| 邀请单位名称 |  | | | 受检人数 | |  |
| 体检地址 |  | | | 场所面积 | |  |
| 体检时间 |  | | | 每个独立检查室面积 | |  |
| 外出健康体检医疗机构联 系 人 |  | 工作  电话 |  | | 移动  电话 |  |
| 体检项目 |  | | | | | |
| 体检组织单位法定代表人  责任承诺 | 1. 我单位如实提供备案申请材料； 2. 严格按照上述备案内容开展外出健康体检活动。 | | | | | |
| 法定代表人签字： 医疗机构盖章：  年 月 日 | | | | | | |

表2

参加外出健康体检的医务人员情况表

我单位同意下列共 名医务人员于 年 月日到 （地点）进行外出体检活动，在体检时佩戴本单位统一印制的胸牌，并保证以下资料属实。

单位名称（盖章）：

单位： 日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 年龄 | 职称 | 执业类别 | 医师执业证编号 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |