附件

市确定医疗卫生机构承担县（市、区）职业健康检查工作情况表

**填报单位（盖章）：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序  号 | 县（市、区）名称 | 拟确定承担职业健康检查工作的医疗  卫生机构名称 | 目前机构对照“粤卫规〔2019〕12号”所规定备案条件存在的  问题不足 | 针对存在的不足  拟采取措施 | 计划完成  备案时间 | 其他需要  说明的情况 |
| **1** |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |

填表人： 联系电话： 填报时间： 年 月 日