附件5

广东省职业病诊断机构备案回执

编号：粤卫职诊备字（20 ） 第（ ）号

|  |
| --- |
| 机构名称： 法定代表人：  医疗机构执业许可证：  地址：  备案的职业病诊断类别：  有效期： 年 月 日至 年 月 日  广东省卫生健康委  （公章）  年 月 日 |