附件4-1 铜仁市疾病预防控制中心

**放射职业健康检查委托书**

编号: 铜市疾职体字[ ]第 号 表格编号：TRSCDC-ZB/RAF045

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被委托方 | 全 称 | 铜仁市疾病预防控制中心 | 邮 编 | 554300 |
| 详细地址 | 碧江区川硐街道办事处敬业路312号 | 联系人 | 杨璇 |
| 联系电话 | 0856 - 8169558 | 传真电话 | - |
| 委托方 | 全 称 |  |
| 详细地址 |  | 法人姓名 |  |
| 联 系 人 |  | 邮编 |  |
| 联系电话 |  | 传真电话 |  |
| 统一社会信用代码 |  | 机构类型 | □医疗机构□非医疗机构 |
| 经 济类 型 | □国有 □集体□私营 □有限责任公司 | 医疗机构等级 | □级□等；□未定级 |
| 放射诊疗开展情况 | □放射诊断 □放射治疗 □核医学 □介入放射学 |
| 企 业规 模 | □大型 □中型 □小型 □微型 |
| 体检情况 | 职工总人数 |  | 接触放射员工数 |  | 放射女员工数 |  |
| 体检地点 |  铜仁市疾控中心 | 体检时间（初定） |  |
| 体检项目 | 根据《放射工作人员健康要求及监护规范》确定 | 体检类别 | □岗前 □在岗 □离岗 |
| 职业病危害因素 | 职业病危害因素 | 接触人数 | 体检人数 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 备注 |  |

委托人签名：

 委托日期（委托方盖章）：