附件3

 年度职业卫生技术服务机构职业病危害评价项目清单

机构名称（加盖公章）： 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称或用人单位名称 | 项目所在地 | 评价报告编号 | 评价类型 | 业务范围 | 报告签发日期 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

 注：“评价类型”填写预评价、控制效果评价、现状评价或其他；“业务范围”指资质业务范围；“评价报告编号”**必须连续编号，不得有间断**。

填报人员： 联系电话：