

附件 3

职业健康检查机构备案回执

编号：吉卫健职检字（20    ）第（    ）号

备案机构名称及医疗机构资质证书编号：

地址：

法定代表人：

联系人：

联系方式：

备案的职业健康检查类别及项目：

吉林省卫生健康委员会

年    月    日

此回执一式三份：审查机构、备案机构、医疗机构资质许可机构各一份