附件

2016年深圳市职业健康检查机构临床检验

质量比对项目确认表

请在表格的“确认”列打“☑”（参加），“□”（不参加）

一、项目确认

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 确认(参加/不参加) | 备注 |
| 1 |  | □ |  |
| 2 |  | □ |  |
| 3 |  | □ |  |
| 4 |  | □ |  |
| 5 |  | □ |  |

二、联系方式

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 机构全称（盖章）： |  | | |
| 通讯地址： |  | | |
| 邮编： |  | 填表日期： |  |
| 联系人： |  | 手机: |  |
| 电话： |  | E-mail： |  |

重要提示：1.以上各项信息请务必填写完整、清晰，考核样品的邮寄、证书的颁

发等工作将以此为依据。

2.建议填写实际参加此项工作的作为联系人，方便联系。