附件2

医疗机构新型冠状病毒核酸检测申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 |  | | | |
| 医疗机构法定代表人 |  | | | |
| 医疗机构主要负责人 |  | | | |
| 实验室负责人姓名 |  | 手机号码 | |  |
| 预计日最大检测能力 | /人份 | | | |
| 生物安全二级及以上  实验室备案日期 | 年 月 日 | | | |
| 临床基因扩增实验室备案日期或通过省级技术审核日期 | 年 月 日 | | | |
| 人员相关培训  和内部考核情况 | 培训日期 | |  | |
| 内容 | |  | |
| 培训学员姓名 | |  | |
| 考核结果 | |  | |
| 申请医疗机构  主要负责人签字 ： （单位公章）  申请日期： 年 月 日 | | | | |