

武汉市二级医疗机构消毒供应中心评审验收申报表

医疗机构名称：	
医院等级：	医院类别：
通讯地址：	邮编：
院长姓名：	联系电话：
医院验收负责人姓名：	联系电话：
核定床位： 张	实际开放床位： 张
消毒供应中心建筑面积： m ²	
消毒供应中心总人数： 人，其中护士： 人，工人： 人，其他： 人；	
职称情况：高级： 人，中级： 人，初级： 人，其他： 人。	
护士长： 人，职称： 。	
<p>消毒供应中心基本情况（包括组织管理、主要设备、建筑布局和质量管理等。可另附续页。）</p>	

<p>本单位意见</p>	<p>负责人签名（盖章） 年 月 日</p>
<p>市级评审验收专家组意见</p>	<p>专家签名： 年 月 日</p>
<p>市院感质控中心意见</p>	<p>经办人签名： 主任签名（盖章）： 年 月 日</p>
<p>市卫生计生委医政医管处备案时间</p>	<p>备案时间： 年 月 日 提交人签名： 接收人签名：</p>