附件2

缙云县第三方服务主体“先打后补”申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请时间： |  | | | | | | |
| 第三方服务主体基本信息 | 主体名称 |  | | | | | |
| 地 址 |  | | | | | |
| 负责人/法定代表人 |  | | 联系电话 | |  | |
| 工商营业执照 |  | | 防疫人员数量 | |  | |
| 服务范围 |  | | | | | |
| 第三方服务主体条件 | 场所布局符合要求 | | □是  □否 | | 具备完整的疫苗入库、领用、使用和免疫效果监测记录 | | □是  □否 |
| 设施设备符合要求 | | □是  □否 | | 建立规范完整的免疫档案，并按规定保存 | | □是  □否 |
| 人员数量及资格符合要求 | | □是  □否 | | 熟练使用手机端“先打后补”模块 | | □是  □否 |
| 具备完善的疫苗采购、运输、储藏、保管、使用、核对等管理制度 | | □是  □否 | | 免疫信息能及时上传“先打后补”模块 | | □是  □否 |
| 申请人  承诺 | 本人承诺，以上申请信息真实准确。  实施主体负责（申请）人签字： （盖章）  年 月 日 | | | | | | |
| 乡镇、街道意见 | 负责人签字： （盖章）  年 月 日 | | | | | | |
| 县级农业主管部门意见 | 负责人签字： （盖章）  年 月 日 | | | | | | |