附件

市质控中心调整申请表

|  |  |
| --- | --- |
| 质控中心  名称 |  |
| 挂靠单位  名称 |  |
| 调整内容 | 1. 主任调整 2.副主任调整 3.委员名额增减   具体内容： |
| 调整原因 |  |
| 挂靠单位  意见 | 盖 章  年 月 日 |
| 市卫健委  意见 | 盖 章  年 月 日 |

备注：人员调整须附上拟调整人选简介材料