

## 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 <sup>2</sup>	
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）</p> <p>年 月 日</p>
<p>市级评审验收专家组意见</p>	<p>专家签名：</p> <p>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）：</p> <p>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</p> <p>提交人签名：                  接收人签名：</p>