**031002**

**云南省**

**设置单采血浆站申请书**

设置单位：(公章)　　　　\*\*\*\*\*\*\*\*\*

拟设置单采血浆站名称：　　\*\*\*\*\*\*\*

**云南省卫生健康委员会制**

**基本情况**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 设置单位：\*\*\*\*\*\*  地 址:\*\*\*\*\*\*\*\*  生产的血液制品品种：\*\*\*\*\*\*\*  违法采集血浆或擅自调用血浆行为：　　　**□**有　　　**□**无  联系电话：\*\*\*\*\*\*　　　　　　　　传真电话：\*\*\*\*\*\*\* | | | | |
| 申请设置事项 | 单采血浆站名称 \*\*\*\*\*\*\* | | | |
| 选址 \*\*\*\*\*\*\* | | | |
| 联系电话 | 136\*\*\*\*3456 | 邮政编码 | \*\*\*\*\* |
| 法定代表人 | 张三 | 主要负责人 | 李四 |
| 责任人 | 王五 | 所有制形式 | \*\*\*\*\* |
| 业务项目 | \*\*\*\* | 采血浆区域 | \*\*\*\* |
| 投资总额 | 实际情况填写 | 注册资金 | 实际情况填写 |
| **设置单位保证书**  **本单位保证:遵守国家法律、法规、规章，申请表中所申报的内容和所附资料均真实、合法。如有不实之处，我单位愿负相应法律责任，并承担由此造成的一切后果。**  **设置单位(盖章) 法定代表人签字：张三**  **\*\* 年　\*\* 月　\*\* 日 　 \*\* 　年　\*\* 月　\*\* 日** | | | | |

**人 员 结 构 情 况**

设置单位：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **项 目** | | | **单位** | | **数量(现状)** | | |
| 人员情况 | 现有职工总人数 | | 人 | | 现状情况 | | |
| 离退休人数 | | 人 | | 现状情况 | | |
| 在职行政管理人员数 | | 人 | | 现状情况 | | |
| 在职工人数 | | 人 | | 现状情况 | | |
| 临时工(编外人员)数 | | 人 | | 现状情况 | | |
| 卫生技术人员数 | | 人 | | 现状情况 | | |
| 卫生技术人员占职工总数比例 | | % | | 现状情况 | | |
| 取得执业上岗证职工人数 | | 人 | | 现状情况 | | |
| 卫技专业结构 | 临床医学专业 | | 人 | | 现状情况 | | |
| 预防医学专业 | | 人 | | 现状情况 | | |
| 护理专业 | | 人 | | 现状情况 | | |
| 检验专业 | | 人 | | 现状情况 | | |
| 其他 | | 人 | | 现状情况 | | |
| 卫技职称结构 | 高级 | | 人 | | 现状情况 | | |
| 中级 | | 人 | | 现状情况 | | |
| 初级 | | 人 | | 现状情况 | | |
| 无职称 | | 人 | | 现状情况 | | |
| 卫技学历结构 | 研究生 | | 人 | | 现状情况 | | |
| 大学本科 | | 人 | | 现状情况 | | |
| 大学专科 | | 人 | | 现状情况 | | |
| 中专 | | 人 | | 现状情况 | | |
| 无学历 | | 人 | | 现状情况 | | |
| 卫技年龄结构 | 55岁以上 | | 人 | | 现状情况 | | |
| 45～54岁 | | 人 | | 现状情况 | | |
| 35～44岁 | | 人 | | 现状情况 | | |
| 25～34岁 | | 人 | | 现状情况 | | |
| 25岁以下 | | 人 | | 现状情况 | | |
| 站领导情况 |  | 领导正职 | 领 导 副 职 | | | | |
| 1 | | | 2 | 3 |
| 从事采供血工作年限 | 现状情况 |  | | |  |  |
| 专业技术职称 | 现状情况 |  | | |  |  |
| 学历 | 现状情况 |  | | |  |  |
| 参加自治区级以上专业培训(有或无) | 现状情况 |  | | |  |  |
| 检验质控科负责人情况 |  | 检 验 科 | | 质 控 科 | | | |
| 从事检验工作年限 | 现状情况 | | 现状情况 | | | |
| 专业技术职称 | 现状情况 | | 现状情况 | | | |
| 学历 | 现状情况 | | 现状情况 | | | |
| 参加自治区级以上专业培训(有或无) | 现状情况 | | | 现状情况 | | |

**建 筑 设 施 情 况**

设置单位：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **项 目** | | **单位** | **数量(现状)** |
| 占地总面积 | | 亩/M2 | 现状情况 |
| 房屋建筑面积 | 建筑总面积 | M2 | 现状情况 |
| 其中：行政用房面积 | M2 | 现状情况 |
| 业务用房面积 | M2 | 现状情况 |
| 生活用房面积 | M2 | 现状情况 |
| 业务用房建筑面积 | 业务用房面积 | M2 | 现状情况 |
| 其中：血源登记 | M2 | 现状情况 |
| 候采 | M2 | 现状情况 |
| 体检 | M2 | 现状情况 |
| 采浆 | M2 | 现状情况 |
| 检验 | M2 | 现状情况 |
| 质控 | M2 | 现状情况 |
| 储浆 | M2 | 现状情况 |
| 消毒供应 | M2 | 现状情况 |
| 急救 | M2 | 现状情况 |
| 其他 | M2 | 现状情况 |
| 每台采浆机净使用面积 | | M2 | 现状情况 |
| 污物处理设施 | 污水处理设施 | 有/无 | 现状情况 |
| 污物处理设施 | 有/无 | 现状情况 |
| 一次性医用品消毒毁形设施 | 有/无 | 现状情况 |
| 供电消防安全设施 | 双路供电设施 | 有/无 | 现状情况 |
| 应急发电设施 | 有/无 | 现状情况 |
| 消防设施 | 有/无 | 现状情况 |
| 紧急疏散通道与标志 | 有/无 | 现状情况 |

仪 器 设 备 情 况

设置单位：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **名称(型号)** | **数量** | **名称(型号)** | **数量** |
| 采浆机 |  | 体重磅称 |  |
| 酶标仪 |  | 血压计 |  |
| 洗板机 |  | 听诊器 |  |
| 打印机 |  | 烤箱 |  |
| 显微镜 |  | 微量加样器 |  |
| 微型旋转机 |  | 高频热合机 |  |
| 水浴箱 |  | 蛋白折射仪 |  |
| 微量振荡器 |  | 电子称 |  |
| 分光光度计 |  | 计算机 |  |
| PH测定计 |  | 洁净工作台 |  |
| 培养箱 |  | 低温冰柜(-20℃以下) |  |
| 天平 |  | 普通冰箱 |  |
|  |  | 冷库 |  |
|  |  | 血浆速冻设备 |  |
|  |  | 高压灭菌设备 |  |
|  |  | 医疗废物处理设施 |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

注：未列出的设备请填写在空白栏内

**卫生计生行政部门审查意见**

|  |
| --- |
| 县级卫生健康行政部门意见：  负责人签名：　　　　　　　　　　单位公章  　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 |
| 州市级卫生健康行政部门意见：  负责人签名：　　　　　　　　　　　单位公章  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 |

**云南省卫生健康委审批意见表**

|  |  |
| --- | --- |
| 审核  意见 | 审核人签名： 年 月 日 |
| 处室领导意见 | 签名： 年 月 日 |
| 分管委领导意见 | 签名： 年 月 日 |

**附件**

**核 准 事 项**

|  |
| --- |
| 设置单位：\*\*\*\*\*\* |
| 单采血浆站名称： \*\*\*\*\*\* |
| 地址： \*\*\*\*\*\* |
| 法定代表人： \*\*\*\*\*\*  (主要负责人)： \*\*\*\*\*\* |
| 业务项目： \*\*\*\*\*\* |
| 采浆区域： \*\*\*\*\*\* |
| 许可证号： \*\*\*\*\*\* |
| 许可证有效期： \*\*\*\*\*\* |