附件1

重庆市职业病防治综合管理信息系统账号申请表

**申请单位（盖章）：**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| \*所属市 |  | \*所属区县 |  | |
| \*单位名称 |  | | | |
| \*单位规范简称 |  | | | |
| \*社会信用代码 |  | | | |
| 单位地址 |  | | | |
| 联系电话/传真 |  | 邮编 |  | |
| 单位邮箱 |  | | | |
| 法定代表人 |  | 法定代表人职务 | |  |
| 联系人 |  | 联系电话 | |  |
| \*单位属性 | 疾控中心 □医疗机构 □体检机构 □其他技术服务机构 | | | |

申请账户信息

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| \*用户登录名(英文或数字) |  | \*用户姓名（实名） |  |
| \*手机号码 |  | \*邮箱 |  |
| \*身份证号 |  | 性别 |  |

注：1.以上表格\*部分为必填项。

2.填写后请将盖章后电子版发送到以下邮箱：[Cqcdczws@163.com](mailto:Cqcdczws@163.com。)。

3.申请成功后会将您的用户登录名和初始登录密码发送到您的邮箱里。

4.联系电话：市质控中心 李莹 023-63700080