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。

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