

附件 3

职业病诊断机构备案回执

编号：渝卫职诊备字（20 ）第（ ）号

机构名称：

法定代表人：

单位地址：

备案的职业病诊断类别及项目：

重庆市卫生健康委员会（公章）

年 月 日