附件2： 消毒服务企业调查表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 企业名称 | |  | | | 企业  法人 |  | |
| 通讯地址 | |  | 邮政  编码 |  | 企业职工人数 |  | |
| 联系人 | |  | 联系  电话 |  | 电子  邮箱 |  | |
| 企业成  立时间 | |  | 办公  面积 |  | 仓库  面积 |  | |
| 清洗消毒种类 | | | | |  | | |
| 医疗机构  清洗消毒 | | 1、口腔科器械消毒 | | | 是 | | 否 |
| 2、内窥境清洗消毒 | | | 是 | | 否 |
| 3、供应室清洗消毒 | | | 是 | | 否 |
| 4、医疗被服等布草消毒 | | | 是 | | 否 |
| 5、 (请根据实际填写) | | | | | |
| 餐饮具消毒服务机构 | | 集中供应餐饮具等清洗消毒 | | | 是 | | 否 |
| 卫生用品  一次性医  疗用品  消毒灭菌 | | 1、卫生用品 | | | 是 | | 否 |
| 2、一次性医疗用品消毒及灭菌 | | | 是 | | 否 |
| 是否有意愿加入该学会 | | | | | 是 | | 否 |
| 是否有意愿参加该学会组织的星级能力评价服务 | | | | | 是 | | 否 |
| 企业是否有意愿推荐职工考取消毒员职业资格证 | | | | | 是 | | 否 |
| 申请企  业意见 | 申请企业承诺，以上情况所述属实。  （公章）  年 月 日 | | | | | | |