

重庆市临床检验中心

客户变更单位信息申请表	
文件编号：CQCCL-SOP-PT-005/001	版本状态：第 2 版，修改 0 次
执行日期：2015/04/01	页码：第 1 页，共 1 页

申请单位		申请时间	
申请变更内容			
单位负责人签字		单位公章	
联系人员		联系电话	

备注：以上内容由申请单位填写，
以下内容由临检中心相关人员填写

质评室接收人员		接收时间	
信息变更操作人员		操作日期	
质评室主任确认签字		确认日期	
归档人员及时间			

使用部门		本记录保存期限	年
------	--	---------	---