|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | |  | |  |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 附件4 |  |  |  |  | |  | |  | | 焦作市接种单位自查表 | | | | | | | | | | | 单位名称 |  | | | | | | | | | 注册地址 |  | | | | | | | | | 许可证编号 |  | | | 负责人 |  | | | | | 自查时间 |  | | | 联系电话 |  | | | | | 序号 | 检查要点 | | | | 检查结果 | | 备注 | | | 1 | 是否具有符合《疫苗储存和运输管理规范》的冷藏设施、设备和冷藏保管制度。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 2 | 是否索要疫苗储存、运输全过程的温度监测记录，建立并保存真实、完整的接收、购进记录，做到票、账、货、款一致。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 3 | 是否及时扫码上传疫苗追溯信息。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 4 | 疫苗储存是否严格执行《疫苗储存和运输管理规范》。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 自查发现问题： | | | | | | | | | | 需要说明的情况： | | | | | | | | | | 自查单位法人代表或主要负责人签字（盖章）：    年   月   日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 附件4 |  |  |  |  | |  | |  | | 焦作市接种单位自查表 | | | | | | | | | | | 单位名称 |  | | | | | | | | | 注册地址 |  | | | | | | | | | 许可证编号 |  | | | 负责人 |  | | | | | 自查时间 |  | | | 联系电话 |  | | | | | 序号 | 检查要点 | | | | 检查结果 | | 备注 | | | 1 | 是否具有符合《疫苗储存和运输管理规范》的冷藏设施、设备和冷藏保管制度。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 2 | 是否索要疫苗储存、运输全过程的温度监测记录，建立并保存真实、完整的接收、购进记录，做到票、账、货、款一致。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 3 | 是否及时扫码上传疫苗追溯信息。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 4 | 疫苗储存是否严格执行《疫苗储存和运输管理规范》。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 自查发现问题： | | | | | | | | | | 需要说明的情况： | | | | | | | | | | 自查单位法人代表或主要负责人签字（盖章）：    年   月   日 | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 附件4 |  |  |  |  | |  | |  | | 焦作市接种单位自查表 | | | | | | | | | | | 单位名称 |  | | | | | | | | | 注册地址 |  | | | | | | | | | 许可证编号 |  | | | 负责人 |  | | | | | 自查时间 |  | | | 联系电话 |  | | | | | 序号 | 检查要点 | | | | 检查结果 | | 备注 | | | 1 | 是否具有符合《疫苗储存和运输管理规范》的冷藏设施、设备和冷藏保管制度。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 2 | 是否索要疫苗储存、运输全过程的温度监测记录，建立并保存真实、完整的接收、购进记录，做到票、账、货、款一致。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 3 | 是否及时扫码上传疫苗追溯信息。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 4 | 疫苗储存是否严格执行《疫苗储存和运输管理规范》。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 自查发现问题： | | | | | | | | | | 需要说明的情况： | | | | | | | | | | 自查单位法人代表或主要负责人签字（盖章）：    年   月   日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 附件4 |  |  |  |  | |  | |  | | 焦作市接种单位自查表 | | | | | | | | | | | 单位名称 |  | | | | | | | | | 注册地址 |  | | | | | | | | | 许可证编号 |  | | | 负责人 |  | | | | | 自查时间 |  | | | 联系电话 |  | | | | | 序号 | 检查要点 | | | | 检查结果 | | 备注 | | | 1 | 是否具有符合《疫苗储存和运输管理规范》的冷藏设施、设备和冷藏保管制度。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 2 | 是否索要疫苗储存、运输全过程的温度监测记录，建立并保存真实、完整的接收、购进记录，做到票、账、货、款一致。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 3 | 是否及时扫码上传疫苗追溯信息。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 4 | 疫苗储存是否严格执行《疫苗储存和运输管理规范》。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 自查发现问题： | | | | | | | | | | 需要说明的情况： | | | | | | | | | | 自查单位法人代表或主要负责人签字（盖章）：    年   月   日 | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 附件4 |  |  |  |  | |  | |  | | 焦作市接种单位自查表 | | | | | | | | | | | 单位名称 |  | | | | | | | | | 注册地址 |  | | | | | | | | | 许可证编号 |  | | | 负责人 |  | | | | | 自查时间 |  | | | 联系电话 |  | | | | | 序号 | 检查要点 | | | | 检查结果 | | 备注 | | | 1 | 是否具有符合《疫苗储存和运输管理规范》的冷藏设施、设备和冷藏保管制度。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 2 | 是否索要疫苗储存、运输全过程的温度监测记录，建立并保存真实、完整的接收、购进记录，做到票、账、货、款一致。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 3 | 是否及时扫码上传疫苗追溯信息。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 4 | 疫苗储存是否严格执行《疫苗储存和运输管理规范》。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 自查发现问题： | | | | | | | | | | 需要说明的情况： | | | | | | | | | | 自查单位法人代表或主要负责人签字（盖章）：    年   月   日 | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 附件4 |  |  |  |  | |  | |  | | 焦作市接种单位自查表 | | | | | | | | | | | 单位名称 |  | | | | | | | | | 注册地址 |  | | | | | | | | | 许可证编号 |  | | | 负责人 |  | | | | | 自查时间 |  | | | 联系电话 |  | | | | | 序号 | 检查要点 | | | | 检查结果 | | 备注 | | | 1 | 是否具有符合《疫苗储存和运输管理规范》的冷藏设施、设备和冷藏保管制度。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 2 | 是否索要疫苗储存、运输全过程的温度监测记录，建立并保存真实、完整的接收、购进记录，做到票、账、货、款一致。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 3 | 是否及时扫码上传疫苗追溯信息。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 4 | 疫苗储存是否严格执行《疫苗储存和运输管理规范》。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 自查发现问题： | | | | | | | | | | 需要说明的情况： | | | | | | | | | | 自查单位法人代表或主要负责人签字（盖章）：    年   月   日 | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 附件4 |  |  |  |  | |  | |  | | 焦作市接种单位自查表 | | | | | | | | | | | 单位名称 |  | | | | | | | | | 注册地址 |  | | | | | | | | | 许可证编号 |  | | | 负责人 |  | | | | | 自查时间 |  | | | 联系电话 |  | | | | | 序号 | 检查要点 | | | | 检查结果 | | 备注 | | | 1 | 是否具有符合《疫苗储存和运输管理规范》的冷藏设施、设备和冷藏保管制度。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 2 | 是否索要疫苗储存、运输全过程的温度监测记录，建立并保存真实、完整的接收、购进记录，做到票、账、货、款一致。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 3 | 是否及时扫码上传疫苗追溯信息。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 4 | 疫苗储存是否严格执行《疫苗储存和运输管理规范》。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 自查发现问题： | | | | | | | | | | 需要说明的情况： | | | | | | | | | | 自查单位法人代表或主要负责人签字（盖章）：    年   月   日 | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  |  | | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 附件4 |  |  |  |  | |  | |  | | 焦作市接种单位自查表 | | | | | | | | | | | 单位名称 |  | | | | | | | | | 注册地址 |  | | | | | | | | | 许可证编号 |  | | | 负责人 |  | | | | | 自查时间 |  | | | 联系电话 |  | | | | | 序号 | 检查要点 | | | | 检查结果 | | 备注 | | | 1 | 是否具有符合《疫苗储存和运输管理规范》的冷藏设施、设备和冷藏保管制度。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 2 | 是否索要疫苗储存、运输全过程的温度监测记录，建立并保存真实、完整的接收、购进记录，做到票、账、货、款一致。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 3 | 是否及时扫码上传疫苗追溯信息。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 4 | 疫苗储存是否严格执行《疫苗储存和运输管理规范》。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 自查发现问题： | | | | | | | | | | 需要说明的情况： | | | | | | | | | | 自查单位法人代表或主要负责人签字（盖章）：    年   月   日 | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 附件4 |  |  |  |  | |  | |  | | 焦作市接种单位自查表 | | | | | | | | | | | 单位名称 |  | | | | | | | | | 注册地址 |  | | | | | | | | | 许可证编号 |  | | | 负责人 |  | | | | | 自查时间 |  | | | 联系电话 |  | | | | | 序号 | 检查要点 | | | | 检查结果 | | 备注 | | | 1 | 是否具有符合《疫苗储存和运输管理规范》的冷藏设施、设备和冷藏保管制度。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 2 | 是否索要疫苗储存、运输全过程的温度监测记录，建立并保存真实、完整的接收、购进记录，做到票、账、货、款一致。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 3 | 是否及时扫码上传疫苗追溯信息。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 4 | 疫苗储存是否严格执行《疫苗储存和运输管理规范》。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 自查发现问题： | | | | | | | | | | 需要说明的情况： | | | | | | | | | | 自查单位法人代表或主要负责人签字（盖章）：    年   月   日 | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 附件4 |  |  |  |  | |  | |  | | 焦作市接种单位自查表 | | | | | | | | | | | 单位名称 |  | | | | | | | | | 注册地址 |  | | | | | | | | | 许可证编号 |  | | | 负责人 |  | | | | | 自查时间 |  | | | 联系电话 |  | | | | | 序号 | 检查要点 | | | | 检查结果 | | 备注 | | | 1 | 是否具有符合《疫苗储存和运输管理规范》的冷藏设施、设备和冷藏保管制度。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 2 | 是否索要疫苗储存、运输全过程的温度监测记录，建立并保存真实、完整的接收、购进记录，做到票、账、货、款一致。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 3 | 是否及时扫码上传疫苗追溯信息。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 4 | 疫苗储存是否严格执行《疫苗储存和运输管理规范》。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 自查发现问题： | | | | | | | | | | 需要说明的情况： | | | | | | | | | | 自查单位法人代表或主要负责人签字（盖章）：    年   月   日 | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 附件4 |  |  |  |  | |  | |  | | 焦作市接种单位自查表 | | | | | | | | | | | 单位名称 |  | | | | | | | | | 注册地址 |  | | | | | | | | | 许可证编号 |  | | | 负责人 |  | | | | | 自查时间 |  | | | 联系电话 |  | | | | | 序号 | 检查要点 | | | | 检查结果 | | 备注 | | | 1 | 是否具有符合《疫苗储存和运输管理规范》的冷藏设施、设备和冷藏保管制度。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 2 | 是否索要疫苗储存、运输全过程的温度监测记录，建立并保存真实、完整的接收、购进记录，做到票、账、货、款一致。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 3 | 是否及时扫码上传疫苗追溯信息。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 4 | 疫苗储存是否严格执行《疫苗储存和运输管理规范》。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 自查发现问题： | | | | | | | | | | 需要说明的情况： | | | | | | | | | | 自查单位法人代表或主要负责人签字（盖章）：    年   月   日 | | | | | | | | | | |
|  |  | | | |  | |  | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 附件4 |  |  |  |  | |  | |  | | 焦作市接种单位自查表 | | | | | | | | | | | 单位名称 |  | | | | | | | | | 注册地址 |  | | | | | | | | | 许可证编号 |  | | | 负责人 |  | | | | | 自查时间 |  | | | 联系电话 |  | | | | | 序号 | 检查要点 | | | | 检查结果 | | 备注 | | | 1 | 是否具有符合《疫苗储存和运输管理规范》的冷藏设施、设备和冷藏保管制度。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 2 | 是否索要疫苗储存、运输全过程的温度监测记录，建立并保存真实、完整的接收、购进记录，做到票、账、货、款一致。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 3 | 是否及时扫码上传疫苗追溯信息。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 4 | 疫苗储存是否严格执行《疫苗储存和运输管理规范》。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 自查发现问题： | | | | | | | | | | 需要说明的情况： | | | | | | | | | | 自查单位法人代表或主要负责人签字（盖章）：    年   月   日 | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 附件4 |  |  |  |  | |  | |  | | 焦作市接种单位自查表 | | | | | | | | | | | 单位名称 |  | | | | | | | | | 注册地址 |  | | | | | | | | | 许可证编号 |  | | | 负责人 |  | | | | | 自查时间 |  | | | 联系电话 |  | | | | | 序号 | 检查要点 | | | | 检查结果 | | 备注 | | | 1 | 是否具有符合《疫苗储存和运输管理规范》的冷藏设施、设备和冷藏保管制度。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 2 | 是否索要疫苗储存、运输全过程的温度监测记录，建立并保存真实、完整的接收、购进记录，做到票、账、货、款一致。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 3 | 是否及时扫码上传疫苗追溯信息。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 4 | 疫苗储存是否严格执行《疫苗储存和运输管理规范》。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 自查发现问题： | | | | | | | | | | 需要说明的情况： | | | | | | | | | | 自查单位法人代表或主要负责人签字（盖章）：    年   月   日 | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 附件4 |  |  |  |  | |  | |  | | 焦作市接种单位自查表 | | | | | | | | | | | 单位名称 |  | | | | | | | | | 注册地址 |  | | | | | | | | | 许可证编号 |  | | | 负责人 |  | | | | | 自查时间 |  | | | 联系电话 |  | | | | | 序号 | 检查要点 | | | | 检查结果 | | 备注 | | | 1 | 是否具有符合《疫苗储存和运输管理规范》的冷藏设施、设备和冷藏保管制度。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 2 | 是否索要疫苗储存、运输全过程的温度监测记录，建立并保存真实、完整的接收、购进记录，做到票、账、货、款一致。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 3 | 是否及时扫码上传疫苗追溯信息。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 4 | 疫苗储存是否严格执行《疫苗储存和运输管理规范》。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 自查发现问题： | | | | | | | | | | 需要说明的情况： | | | | | | | | | | 自查单位法人代表或主要负责人签字（盖章）：    年   月   日 | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 附件4 |  |  |  |  | |  | |  | | 焦作市接种单位自查表 | | | | | | | | | | | 单位名称 |  | | | | | | | | | 注册地址 |  | | | | | | | | | 许可证编号 |  | | | 负责人 |  | | | | | 自查时间 |  | | | 联系电话 |  | | | | | 序号 | 检查要点 | | | | 检查结果 | | 备注 | | | 1 | 是否具有符合《疫苗储存和运输管理规范》的冷藏设施、设备和冷藏保管制度。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 2 | 是否索要疫苗储存、运输全过程的温度监测记录，建立并保存真实、完整的接收、购进记录，做到票、账、货、款一致。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 3 | 是否及时扫码上传疫苗追溯信息。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 4 | 疫苗储存是否严格执行《疫苗储存和运输管理规范》。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 自查发现问题： | | | | | | | | | | 需要说明的情况： | | | | | | | | | | 自查单位法人代表或主要负责人签字（盖章）：    年   月   日 | | | | | | | | | | |
|  |  | | | |  | |  | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 附件4 |  |  |  |  | |  | |  | | 焦作市接种单位自查表 | | | | | | | | | | | 单位名称 |  | | | | | | | | | 注册地址 |  | | | | | | | | | 许可证编号 |  | | | 负责人 |  | | | | | 自查时间 |  | | | 联系电话 |  | | | | | 序号 | 检查要点 | | | | 检查结果 | | 备注 | | | 1 | 是否具有符合《疫苗储存和运输管理规范》的冷藏设施、设备和冷藏保管制度。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 2 | 是否索要疫苗储存、运输全过程的温度监测记录，建立并保存真实、完整的接收、购进记录，做到票、账、货、款一致。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 3 | 是否及时扫码上传疫苗追溯信息。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 4 | 疫苗储存是否严格执行《疫苗储存和运输管理规范》。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 自查发现问题： | | | | | | | | | | 需要说明的情况： | | | | | | | | | | 自查单位法人代表或主要负责人签字（盖章）：    年   月   日 | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 附件4 |  |  |  |  | |  | |  | | 焦作市接种单位自查表 | | | | | | | | | | | 单位名称 |  | | | | | | | | | 注册地址 |  | | | | | | | | | 许可证编号 |  | | | 负责人 |  | | | | | 自查时间 |  | | | 联系电话 |  | | | | | 序号 | 检查要点 | | | | 检查结果 | | 备注 | | | 1 | 是否具有符合《疫苗储存和运输管理规范》的冷藏设施、设备和冷藏保管制度。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 2 | 是否索要疫苗储存、运输全过程的温度监测记录，建立并保存真实、完整的接收、购进记录，做到票、账、货、款一致。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 3 | 是否及时扫码上传疫苗追溯信息。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 4 | 疫苗储存是否严格执行《疫苗储存和运输管理规范》。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 自查发现问题： | | | | | | | | | | 需要说明的情况： | | | | | | | | | | 自查单位法人代表或主要负责人签字（盖章）：    年   月   日 | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 附件4 |  |  |  |  | |  | |  | | 焦作市接种单位自查表 | | | | | | | | | | | 单位名称 |  | | | | | | | | | 注册地址 |  | | | | | | | | | 许可证编号 |  | | | 负责人 |  | | | | | 自查时间 |  | | | 联系电话 |  | | | | | 序号 | 检查要点 | | | | 检查结果 | | 备注 | | | 1 | 是否具有符合《疫苗储存和运输管理规范》的冷藏设施、设备和冷藏保管制度。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 2 | 是否索要疫苗储存、运输全过程的温度监测记录，建立并保存真实、完整的接收、购进记录，做到票、账、货、款一致。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 3 | 是否及时扫码上传疫苗追溯信息。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 4 | 疫苗储存是否严格执行《疫苗储存和运输管理规范》。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 自查发现问题： | | | | | | | | | | 需要说明的情况： | | | | | | | | | | 自查单位法人代表或主要负责人签字（盖章）：    年   月   日 | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 附件4 |  |  |  |  | |  | |  | | 焦作市接种单位自查表 | | | | | | | | | | | 单位名称 |  | | | | | | | | | 注册地址 |  | | | | | | | | | 许可证编号 |  | | | 负责人 |  | | | | | 自查时间 |  | | | 联系电话 |  | | | | | 序号 | 检查要点 | | | | 检查结果 | | 备注 | | | 1 | 是否具有符合《疫苗储存和运输管理规范》的冷藏设施、设备和冷藏保管制度。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 2 | 是否索要疫苗储存、运输全过程的温度监测记录，建立并保存真实、完整的接收、购进记录，做到票、账、货、款一致。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 3 | 是否及时扫码上传疫苗追溯信息。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 4 | 疫苗储存是否严格执行《疫苗储存和运输管理规范》。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 自查发现问题： | | | | | | | | | | 需要说明的情况： | | | | | | | | | | 自查单位法人代表或主要负责人签字（盖章）：    年   月   日 | | | | | | | | | | |
|  |  | | | |  | |  | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 附件4 |  |  |  |  | |  | |  | | 焦作市接种单位自查表 | | | | | | | | | | | 单位名称 |  | | | | | | | | | 注册地址 |  | | | | | | | | | 许可证编号 |  | | | 负责人 |  | | | | | 自查时间 |  | | | 联系电话 |  | | | | | 序号 | 检查要点 | | | | 检查结果 | | 备注 | | | 1 | 是否具有符合《疫苗储存和运输管理规范》的冷藏设施、设备和冷藏保管制度。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 2 | 是否索要疫苗储存、运输全过程的温度监测记录，建立并保存真实、完整的接收、购进记录，做到票、账、货、款一致。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 3 | 是否及时扫码上传疫苗追溯信息。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 4 | 疫苗储存是否严格执行《疫苗储存和运输管理规范》。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 自查发现问题： | | | | | | | | | | 需要说明的情况： | | | | | | | | | | 自查单位法人代表或主要负责人签字（盖章）：    年   月   日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 附件4 |  |  |  |  | |  | |  | | 焦作市接种单位自查表 | | | | | | | | | | | 单位名称 |  | | | | | | | | | 注册地址 |  | | | | | | | | | 许可证编号 |  | | | 负责人 |  | | | | | 自查时间 |  | | | 联系电话 |  | | | | | 序号 | 检查要点 | | | | 检查结果 | | 备注 | | | 1 | 是否具有符合《疫苗储存和运输管理规范》的冷藏设施、设备和冷藏保管制度。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 2 | 是否索要疫苗储存、运输全过程的温度监测记录，建立并保存真实、完整的接收、购进记录，做到票、账、货、款一致。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 3 | 是否及时扫码上传疫苗追溯信息。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 4 | 疫苗储存是否严格执行《疫苗储存和运输管理规范》。 | | | | 是□ 否□ | |  | | | 自查发现问题： | | | | | | | | | | 需要说明的情况： | | | | | | | | | | 自查单位法人代表或主要负责人签字（盖章）：    年   月   日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |