|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件6 |  |  |  |  | |  | |  |
| 焦作市接种单位检查表 | | | | | | | | |
|
| 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□ | |  | |
| 检查发现的其他问题： | | | | | | | | |
| 需要说明的情况： | | | | | | | | |
| 被检查单位主要负责人签字（盖章）：      年   月   日 | | | | 执法人员签字：    年 月 日 | | | | |