高致病性病原微生物菌（毒）种或样本运输审批申请表

申请单位：*大连XX医院*

联系人: *郭某 吴某*

手机号:*13300000000 13800000000*

固定电话:*0411-00000000*

传真:*0411-00000000*

电子邮箱:*XXXXXX@163.com*

填表说明

1、按申请表的格式，如实地逐项填写。

2、申请表填写内容应完整、清楚、不得涂改。

3、填写此表前，请认真阅读有关法规及管理规定。未按要求申报的，将不予受理。

4、病原微生物分类及名称、运输包装分类见原卫生部制定的《人间传染的病原微生物名录》。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 菌（毒）种或样本 | 名称（中英文） | 分类/UN编号 | 规格及数量 | 来源 |
| 样品状态 | 每包装容量 | 包装数量 |
| *艾滋病毒（I型和II型）Human Immunodeficiency virus（HIV）typy 1 and 2 virus* | *A/UN2814* | 全血 | *5ml* | *1-5管* | *医院患者* |
| 运输目的 | *HIV筛查阳性样品送确认实验室确认* |
| 主容器 | *5ml真空采血管* | 辅助容器 | *95kpa专用密封罐* | 填充物 | *海绵、泡沫* |
| 外包装 | *生物安全运输箱**(4BU/Class6.2/09,CN/21000806-QF)* | 制冷剂名称与数量 | *6个冰排* |
| 拆检注意事项 | 高致病性微生物，需在BSL-2实验室拆开，运输途中严禁拆解 |
| 运输起止地点 | 起点 | *（如实填写地址，大连XX医院）* |
| 终点 | *（如实填写地址，大连市疾病预防控制中心）* |
| 运输次数 | *多次* | 运输日期 | *2016年8月8日-2017年2月7日* |
| 接收单位 | 名称 | *大连市疾病预防控制中心* |
| 地址 | *如实填写* |
| 负责人 | *李某* | 联系电话 | *0411-00000000* | 手机 | *13300000000* |
| 运输方式 | *陆路，专人专车，车号：辽B12345，司机：徐某* | 运输工作负责人 | 1.*郭某**2.吴某* | 职务或职称 | *科长**科员* | 工作电话手机 | *0411-12345678；**13300000000* |

|  |
| --- |
| 本申请表中所填写的内容和所附材料均真实、合法、有效符合国家有关规范、标准和规定。如有不实之处我单位愿负相应的法律责任并承担由此所造成的一切后果。申请运输单位审查意见：*同意*法定代表人：*赵某*公章*2016年 8 月 8 日* |
| 所附资料（请在所提供资料前的□内打“√”）√1.申请单位有效的法人证书复印件;√2.接收单位出具的同意接收的证明文件复印件；√3.接收单位具备从事高致病性病原微生物实验活动资格的证明文件复印件；√4.容器或包装材料的批准文号复印件、合格证书复印件或者高致病性病原微生物菌（毒）种或样本运输容器或包装材料承诺书。√5.其它有关资料 |
| 其它需要说明的问题 |

附：《可感染人类的高致病性病原微生物菌（毒）种或样本运输申请表》填写细则

《可感染人类的高致病性病原微生物菌（毒）种

或样本运输申请表》填写细则

一、申请表封皮联系人要求填写表内的运输工作负责人（两个人）

二、名称（中英文）：按照《人间传染的病原微生物名录》中的中英文对照填写

三、样品状态：描述样品具体状态，如：全血，血清。

四、固体：每包装容量×包装数量≤150克

液体：每包装容量×包装数量≤120毫升

五、主容器：名称和规格都填写，如：5ml采血管

六、辅助容器：名称和规格都填写，如：耐95kpa塑料罐

七、外包装：名称和规格都填写，要求与检验报告上的名称和规格一致，如：生物安全运输箱，4BU/CLASS6.2/09 CN/21000806-QF

八、运输起止点：地址在前，单位名称在后

九、运输次数：填多次

十、运输日期：申请日当天——六个月有效期前一天，

 如：2016年8月8日-2017年2月7日

十、运输方式：方式、车牌号、司机姓名都填，如：陆路,单位专车，辽B XXXXX，XX

十一、运输工作负责人：要求两个人

十二、电话：一个固话，两个运输工作负责人的手机号

十三、法人签字：需要法人亲自签字，日期不可空