

### 附件 3

## 海盐县重大动物疫病强制免疫“先打后补”申请表 (第三方服务主体)

申请日期:

第三方服务主体基本信息	主体名称			
	地 址			
	负责人/法定代表人		联系电话	
	动物诊疗许可证号		防疫人员数量	
	诊疗许可范围			
三方服务条件	诊疗资质是否符合要求	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	自行采购的疫苗信息是否已在当地主管部门备案	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	具备完善的疫苗采购、运输、储藏、保管、使用、核对等管理制度	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否建立规范的免疫档案，并按规定保存	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	是否具备与疫苗储存相适应运输、储藏条件	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否具备完整的疫苗入库、领用、使用和免疫效果监测记录	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
申请人承诺	本人承诺，以上申请信息真实准确。 实施主体负责（申请）人签字： _____ （盖章） 年 月 日			
镇（街道）意见	负责人签字： _____ （盖章） 年 月 日			
农业主管部门意见	负责人签字： _____ （盖章） 年 月 日			