附件2

增城区犬只狂犬病免疫注射服务点申报表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 动物诊疗机构基本信息 | 机构名称 |  | | | | |
| 机构地址 |  | | | | |
| 法定代表人 | 姓名 |  | 电话 |  | |
| 许可证号 |  | | | | |
| 兽医姓名 |  | | | | |
| 具备开展犬只狂犬病免疫注射工作的能力（申报人填写）。请于右栏“√”选。 | | | | | |
| 工作人员辨别犬种能力 | | | | | 有□　无□ |
| 连接互联网设备 | | | | | 有□　无□ |
| 数码照相设备（300万像素以上 | | | | | 有□　无□ |
| 过塑设备 | | | | | 有□　无□ |
| 彩色照片打印设备 | | | | | 有□　无□ |
| 冷链管理制度 | | | | | 有□　无□ |
| 符合兽用狂犬病疫苗储存要求冷链设施（冷冻-15℃、冷藏2～8℃） | | | | | 有□　无□ |
| 电脑（Windows XP系统/Intel或AMD、主频1.3G以上CPU/硬盘15G以上） | | | | | 有□　无□ |
| 申请单位意见 | | 单位（盖章） 负责人签名：  年 月 日 | | | | |
| 区动物卫生监督分所意见 | | 单位（盖章） 负责人签名：  年 月 日 | | | | |
| 区动物卫生监督意见 | | 单位（盖章） 负责人签名：  年 月 日 | | | | |
| 备 注 | |  | | | | |

注：本表一式四份，申报人、所属动监分所、区动监所、区农业农村局各保留一份。