编 号

**健康管理保健服务达标申请表**

**申请组织名称：**

**申 请 日 期：**

**中国保健协会行业认证分会**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请组织名称 | |  | | | | | |
| 代码证号或统一社会信用代码 | | | |  | | | |
| 注册地址 | |  | | | | | |
| 服务场所  （多个场所可另附页） | | 地址 |  | | | | |
| 联系人 |  | | 电话/手机 | |  |
| 企业负责人 | |  | | | 电话/手机 | |  |
| 主管部门 | |  | 负责人 |  | 电话/手机 | |  |
| 组织人数 | |  | 联系人 |  | 电话/手机 | |  |
| 是否已获得其他相关认证证书： □是 □否 | | | | | | | |
| 近两年是否发生过健康管理保健服务投诉等不良事件：□是 □否 | | | | | | | |
| 申请达标评审时间： 年 月（□上旬 □中旬 □下旬） | | | | | | | |
| 达标依据标准 | | 1. GB/T 39509—2020《健康管理保健服务规范》 2. 相关国家法律法规及其他要求 | | | | | |
| 申请时递交材料（需加盖公章） | | 1. 营业执照及其他经营资质证明文件； 2. 健康管理服务相关制度文件目录清单。 | | | | | |
| **申请组织自愿申请评审，并承诺履行以下条款**：   1. 申请评审所涉及的服务及经营活动符合国家和地方的法律、法规、规章的规定。 2. 所有提交的信息及证实材料、证明文件、均真实有效。 3. 本评审申请书中填报的公司内人数与评审覆盖范围内实际人数属实。   申请组织（盖章）： 申请日期： 年 月 日 | | | | | | | |
| **达标受理部门及咨询答疑联系方式** | | | | | | | |
| 负责部门 | 中国保健协会行业认证分会 | | | | | | |
| 联系人 | 孙茵 | | | 办公电话 | | 010-82294049 | |
| 手机 | 010-15910597151 | | | 邮箱 | | sunyinok@sohu.com | |

健康管理保健服务达标申请表

# 附件1：营业执照及其他经营资质证明文件

|  |
| --- |
|  |

# 附件2：服务机构现有健康管理服务相关制度文件目录清单

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **文件名称** | **文件发布时间** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |