

附件 1

湖北省接种单位备案要求

为进一步规范我省接种单位管理，根据《中华人民共和国疫苗管理法》《预防接种工作规范》要求，承担预防接种服务的医疗卫生机构均须备案。

一、备案范围

我省指定承担预防接种服务的医疗卫生机构，包括但不限于预防接种门诊、产科接种点、狂犬病/破伤风预防处置门诊，以及主动申请开展非免疫规划疫苗接种服务的成人接种门诊、狂犬病/破伤风预防处置门诊均须向属地县级卫生健康（疾控）主管部门备案。

二、备案流程

（一）递交备案资料：医疗卫生机构完成接种单位现场评估后，及时向属地县级卫生健康（疾控）主管部门递交《湖北省新增接种单位备案申请表》（附1-1）、《医疗机构执业许可证》和接种单位工作人员名册等备案资料。

（二）颁发接种单位资格证书：县级卫生健康（疾控）主管部门对递交的备案资料进行审核，审核通过后颁发《湖北省接种单位资格证书》（附 1-2），接种单位编码与国家及湖北省免疫规划信息管理系统种接种单位编码一致；同时在湖北省免疫规划

信息管理系统中上传备案信息。

（三）开展预防接种：接种单位取得资格证书后，由属地县级疾控中心开通信息系统权限，按相关要求进行了疫苗采购，启动预防接种工作。

三、延续备案

备案有效期为 3 年，有效期届满前应及时申请办理延续备案，县级卫生健康（疾控）主管部门负责进行复核。申请延续备案的医疗卫生机构需提供上一周期工作开展情况，主要包括接种服务、疫苗接种和管理、人员培训与考核、疑似预防接种异常反应监测、群众满意度、设施设备管理等情况。未按时申办延续备案不得继续开展预防接种服务。

附：1-1. 湖北省新增接种单位备案申请表

1-2. 湖北省接种单位资格证书

1-3. 湖北省预防接种人员资格证书

附 1-1

湖北省新增接种单位备案 申请表

申请单位（章）_____

申 请 时 间 _____

填 表 说 明

1. 表内各项内容需逐项填写，不得漏项。
2. 申请表所列项目如资料过多，可另加页，盖公章后生效。
3. 申请表一式二份，县级卫生健康（疾控）主管部门、申报单位各留一份存档。
4. 申报单位对填报内容及提供的场地、设备等资料均需真实、可靠。如有虚假将承担相应责任。
5. 单位性质按登记注册类型分为公立医院、民营医院。
6. 接种单位分类分为接种门诊、产科接种点、成人接种门诊、狂犬病/破伤风预防处置门诊、临时接种点等。
7. 专业技术人员数是指持有执业资格证书以及县级卫生健康（疾控）主管部门认定有预防接种资质的专业技术人员数量。
8. 服务周期包括日接种、周接种。

单位名称			
单位地址			
单位法人代表		单位性质	
联系人		联系电话	
医疗机构执业许可证号			
接种单位分类		专业技术人员数	
接种门诊面积		服务周期	
接种门诊平面图（标出各功能室及总面积）：			

申报单位自评结果

1.场地布局: ☐达标 ☐不达标

2.人员配备: ☐达标 ☐不达标

3.设施设备: ☐达标 ☐不达标

4.制度公示: ☐达标 ☐不达标

申报单位意见:

(接种单位及工作人员具体情况)

法人代表签字: _____

单位(公章):

年 月 日

县级卫生健康(疾控)主管部门意见:

(公章):

年 月 日

附件 1-2

湖北省接种单位资格证书

(大小: 25.5cm*18.7cm)

湖北省接种单位 资格证书 湖北省疾病预防控制中心印制 证书编码:(湖北省预防接种信息系统单位编码)	持证须知 1、凡未取得预防接种资格证书的单位,不得从事预防接种工作。 2、接种单位每3年必须接受当地县级卫生健康(疾控)主管部门的复核,超过3年未复核或复核不合格者,此证自行废止。 3、此证仅适用于在规定的预防接种服务范围内开展相应预防接种工作。 4、县级以上卫生健康主管部门报经本级人民政府决定,并报省级以上卫生健康主管部门备案,可以在本行政区域进行群体性预防接种。
正文 机构名称: 地址: 法定代表人: 主要负责人: 有效期限自 年 月 日至 年 月 日 该接种单位经评估备案,准予执业。 发证单位盖章 年 月 日	考核记录 年度考核结果: 考核组负责人(签名): 考核单位盖章: 年 月 日 年度考核结果: 考核组负责人(签名): 考核单位盖章: 年 月 日

注: 由县级卫生健康(疾控)主管部门参照统一样式制作颁发。

附件 1-3

湖北省接种人员资格证样式（样式）

（大小：12.6cm*9.1cm）

湖北省接种人员 资格证书 湖北省疾病预防控制中心制 证书编号：（单位编码+4 位人员编码）	持证须知 1、此证是作为接种人员持证上岗的凭证，须妥善保管，严禁转让。 2、接种人员每年应接受县级及以上疾控机构组织的预防接种相关知识培训不少于 12 学时。每年对资格复核 1 次，未接受复核或复核不合格者，此证自行废止。 3、此证仅适用于在规定接种单位从事相应预防接种工作。 4、从事新生儿乙肝疫苗以及卡介苗、狂犬病疫苗、破伤风疫苗接种和预防处置的人员，须进行专门培训、考核。	照片 姓名： 性别： 身份证号： 执业资格： 注册地点： 发证单位盖章 年 月 日																												
_____同志经专项培训考核合格，可以额外承担以下工作： ☐新生儿乙肝/卡介疫苗接种 ☐狂犬病/破伤风疫苗接种及预防处置	培训记录 <table><tr><th>时间</th><th>内容</th><th>成绩</th><th>主办 负责人 签字</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	时间	内容	成绩	主办 负责人 签字																					考核记录 <table><tr><td> ____年度考 核结果： 年 月 日 考核单位盖章 </td><td> ____年度考 核结果： 年 月 日 考核单位盖章 </td></tr><tr><td> ____年度考 核结果： 年 月 日 考核单位盖章 </td><td> ____年度考 核结果： 年 月 日 考核单位盖章 </td></tr></table>	____年度考 核结果： 年 月 日 考核单位盖章	____年度考 核结果： 年 月 日 考核单位盖章	____年度考 核结果： 年 月 日 考核单位盖章	____年度考 核结果： 年 月 日 考核单位盖章
时间	内容	成绩	主办 负责人 签字																											
____年度考 核结果： 年 月 日 考核单位盖章	____年度考 核结果： 年 月 日 考核单位盖章																													
____年度考 核结果： 年 月 日 考核单位盖章	____年度考 核结果： 年 月 日 考核单位盖章																													

注：由县级卫生健康（疾控）主管部门参照统一样式制作颁发。