

附件 19

2025 年医疗卫生机构传染病防治省级随机监督抽检汇总表

_____ 设区市

监督对象	辖区 机构数(家)	抽检任务 机构数(家)	完成抽检 机构数(家)	抽检件数	合格件数
三级医院					
二级医院					
一级医院					
基层医疗机构 (其中诊所)					
疾控机构					
采供血机构					
合计					

填表单位(盖章):

填表人:

联系电话:

填表日期: