检验检测机构能力验证项目报名表

项 目 承 担 单 位 ： 项 目 名 称 ：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 机构名称 | 实验室地址 | 联系人 | 联系人职务 | 联系方式（手机和座机） | 电子邮箱 | 授权标准(参数) | 检测人员姓名 | 备注 |
| 09 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 填写此表前请详细阅读以下内容！ |
| 填写须知：（填表人不得更改表格格式，填写信息需真实有效，纸质版应与Excel电子版完全一致。） 1、机构名称，按照市局资质认定证书（CMA）上名称填写全称。2、实验室地址，按照市局资质认定证书（CMA）上填写。3、联系人，可以是报名机构法人、质量负责人、技术负责人或授权签字人，该联系人对本次能力验证项目负责。4、联系人职务，是指在报名机构受聘职务。无职务可填写职称（中级工程师、高级工程师等）。5、联系方式，需提供手机和座机号。两者一并提供。6、电子邮箱：提供联系人常用邮箱，便于联系。7、授权标准：请在授权标准（参数）中填写具体标准（参数），如没授权请填写“/”。8、检测人员姓名：请填写机构长期雇佣或签约且授权从事该项目的所有检测人员，仅填写姓名。9、如检验检测项目（参数）涉及多实验场所，以实验场所为单位报名参加。 |