附件2

检验检疫行业标准验证实验室征集表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 验证项目名称 | | |  | | |
| 申报实验室名称 | | |  | | |
| 通信地址及邮编 | | |  | | |
| 联系人 | |  | 联系电话 |  | |
| 手机 |  | |
| 电子邮箱 | | |  | | |
| 所在单位标准化管理部门联系人和联系电话 | | |  | | |
| 所属专业 | |  | 是否有能力承担独立验证 | | □是 □否 |
| 拟承担项目 | | | □独立验证 □协同验证 | | |
| 实验室具备能力 | □液相色谱法□气相色谱法□液质法□气质法 □ICP—MS法□原子吸收法□原子荧光法 □常规化学法□同位素质谱法□放射性方法 □传统微生物学法□分子生物学法□免疫学方法  □ (可填) | | | | |
| 所在单位意见 | （单位盖章）  年 月 日 | | | | |

注：1.可同时申报同一专业的多个项目，可在验证项目名称栏内列出。

2.表中选项如选择请标注为“■”