**连云港市医疗机构执业许可证补发申请表**

申请项目

申请单位

申请时间

**连云港市卫生健康委员会制**

**填 表 说 明**

一、本表用于申请连云港市医疗机构执业许可证补发专用；

二、填写此表前，请认真阅读有关法规及申报受理的规定；

三、本申请表的内容应当准确完整，不得涂改，否则无效。所附材料均使用A4规格纸打印（建议中文用宋体小4号字，英文用12号字）或复印；

四、申请单位应当在申请表及相应的材料逐页加盖单位公章，并按规定的顺序排列，装订成册；

五、申请材料填写完毕后送交卫生健康行政部门，按照程序办结相关手续后，由实施行政许可的卫生健康行政部门留存。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　请　单　位 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 申请单位地址 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 登记号  （ 医疗机构代码） | |  | | | | | | | | | | | | |
| 统一社会信用  代码 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 所有制形式 | | (1)全民 (2)集体 (3)私人 (4)中外合资合作 (5)其它 （ ） | | | | | | | | | | | | |
| 法定代表人 | |  | 主要负责人 | | | | |  | | | 邮政编码 | |  | |
| 核准的诊疗科目 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 有效期限 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 注册资金 | | 万元 | | | 床位数 | | | | 张 | | | 牙椅数 | | 台 |
| 申请补发  原因 | | □许可证损坏  □许可证遗失 | | | | | | | | | | | | |
| 联系人 | |  | | | | 联系电话 | | | |  | | | | |
| 所附材料：（请在所提供材料前的□内打“√”）  □ 连云港市医疗机构执业许可证补发申请表；  □ 医疗机构执业许可证损坏的，提交损坏的卫生许可证原件；  □医疗机构执业许可证遗失的，提交加盖申请单位公章的遗失情况说明。  委托办理的，提供授权委托书及受委托人身份证明 | | | | | | | | | | | | | | |
| **承诺书**  本申请表中所申报的内容及所附材料均真实、合法、有效，符合国家有关规范、标准和规定。如有不实之处或侵权行为，我单位愿负相应的法律责任，并承担由此所造成的一切后果。 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 申请单位(签章) | | |  | | | 法定代表人/主要负责人  （签字) | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |