**设置医疗机构备案申请表**

被申请机关：

|  |  |
| --- | --- |
| 设置单位（人）： 地址：  联系人： 联系电话： | |
| 申请核定项目 | 类 别： |
| 名 称： |
| 选 址： |
| 所有制形式： |
| 经营性质： |
| 床位（牙椅）： |
| 服务对象： |
| 诊疗科目： |
| 投资总额： |
| 提交文件录：  （1）设置医疗机构备案申请表  （2）《医疗机构名称申请核定表》（附表1）  （3）设置可行性研究报告、选址报告  （4）设置单位（人）身份证明  （5）两个以上共同出资人的出资协议  （6）房产证复印件和（或）房屋租赁协议，用房用地租赁意向书或租赁合同，合同应约定“医疗卫生”用途，未办理房产登记手续的可提交用房、用地相关证明文件或村、居委会出具的“非违章建筑”《证明》，且业务用房应符合《医疗机构管理条例》等法律法规要求 | |

设置单位（人）： （章）

年 月 日

填写说明：1、被申请机关：填写设置审批机关；2、设置单位（人）：填写拟设医疗机构的上级主管单位或出资人；3、地址：填写设置单位（人）的法定地址，个人填写家庭地址；4、类别：按照《医疗机构管理条例实施细则》第三条填报相应类别；5、名称：填写申请的医疗机构名称；6、选址：拟设医疗机构所在地的详细地址；7、所有制形式：从下列形式中选择相应项目填报：（只能填一个）a、全民 b、集体 c、私人 d、中外合资（合作） e、其他；8、经营性质：填写政府举办非营利性、营利性；9、床位（牙椅）：填写拟建床位数、牙椅数以及观察床位数；10、服务对象：（只能填报一个）a、社会 b、内部；11、诊疗科目：完整填写申请的一级、二级科目。

医疗机构名称申请核定表

（医疗机构名称核定通知函存根）

批准文号： 字（ ）第 号

核准机关：

|  |  |
| --- | --- |
| 申请单位（人）： （章） | |
| 地址： 邮编： 电话： | |
| 申请核定名称： | |
| 申请理由： | |
| 设置地的区（县）卫生行政部门意见：  （章） 年 月 日 | |
| 市级卫生行政部门核准意见 | 审查人员意见：  签字： 年 月 日 |
| 主管领导核批：  签字： 年 月 日 |

**医疗机构法定代表人任职证明**

卫生健康委员会：

兹证明 同志具备完全民事行为能力，符合《医疗机构管理条例实施细则》规定的条件，经正式任命（选举、选聘）拟在

担任 职务，是该医疗机构的法定代表人，按照规定代表医疗机构行使职权。该同志不属（属）党和国家机关、事业单位、社会团体干部或离退休干部兼职。

兼任其他职务情况：

特此证明

人事主管部门（章） 上级主管部门（章）

年 月 日

注：另附法定代表人的任职文件和原任职务的免职文件。

医疗机构法定代表人签字表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | 职 务 |  |
| 人事关系  所在单位 | |  | | | 电 话 |  |
| 工作单位  地 址 | |  | | | 电 话 |  |
| 家庭住址 | |  | | | 电 话 |  |
| 签  字 |  | | 人事关系  所在单位 | | | （章）  年 月 日 |
| 身份证复印件： | | | | | | |
| 本医疗机构印章： | | | | 法定代表人印章：  年 月 日 | | |

**医疗机构各科室负责人名录**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **科 室** | **姓 名** | **性别** | **年龄** | **职 称** | **职 务** | **任职时间** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**医疗机构科室设置、床位开设及人员配备情况表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **科室名称** | **设置床位数** | **医师人数** | **护士人数** | **医技人数** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**医疗机构医护人员、卫生技术人员一览表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **科室** | **姓名** | **年龄** | **执业范围** | **专业方向** | **职称** | **执业证书号码** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

注：1、医师的“执业范围”是指执业注册证书上核定的范围，如“外科专业”；“专业方向”是指从事的具体专业，如“普外科”。护士、医技人员只填写“专业方向”。“ 医技人员”证书号码不填。

2、本表请用五号宋体字打印，每页40栏（不含标题栏）。

**委 托 代 理 书**

兹委托代理人 在连云港市政务服务中心卫健委窗口办理 医疗机构设置和执业许可（新证）事宜。

授权范围：

□1、接受卫生行政部门依法告知的权利。

□2、提交申请表及申请资料补充、补正、更正的权利。

□3、卫生行政许可审查中的陈述、申辩的权利。

□4、签收 许可证（含文书）的权利。

□5、其他权利 。

委托期限自 年 月 日至 年 月 日。

代理人姓名：

联系电话（传真）： 手机：

代理人身份证复印件：

代理人（签字）：

年 月 日

委托人（法定代表人或业主签字、单位公章）：

年 月 日

医疗机构申请执业登记信用承诺书

**卫生健康行政部门告知**：

在医疗机构申请执业登记的行政许可时，为规范申请医疗机构依法执业行为，保障人民群众健康，特此告知：

一、医疗机构必须严格遵守《医疗机构管理条例》及其实施细则、《中华人民共和国执业医师法》、《中华人民共和国传染病防治法》、《中华人民共和国母婴保健法》、《医疗废物管理条例》及《消毒管理办法》等有关法律、法规和医疗技术规范，依法执业，并主动接受社会监督。

二、医疗机构必须严格按照《医疗机构执业许可证》核准登记的主要负责人、类别、规模、执业地址和诊疗科目开展诊疗活动，不开展超出登记的诊疗科目范围的诊疗活动；不出租、出借、转让《医疗机构执业许可证》，不对外出租、承包科室。

三、医疗机构在取得《医疗机构执业许可证》后一个月内，应当按照《医疗机构基本标准》规定，完成对全部医师、护士变更注册手续，否则不得开展执业活动；在执业期间，不使用未取得医师执业资格证书、护士执业证书以及未经卫生健康行政主管部门注册的人员。

**申请单位（人）信用承诺：**

本单位（人）承诺将严格遵守上述告知内容，并向社会公开。如不履行承诺或者履行承诺不到位，愿意接受卫生行政主管部门的监督执法、信用管理和行政处罚。

承诺单位（盖章）　 法定代表人（签字）：

年 月 日