**连云港市医疗机构执业登记申请注册书**

申请项目

申请单位（人）

申请时间

**连云港市卫生健康委员会制**

**填 表 说 明**

一、本表用于申请医疗机构执业许可证登记注册时专用；

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有审批权的卫生健康行政部门，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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 | |  | | | | | | | | |
| 医疗机构地址 | |  | | | | | | | | |
| 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 （ ） | | | | | | | | |
| 经营性质 | | (1) 营利性 (2)非营利性（政府办）（3）非营利性（非政府办）（ ） | | | | | | | | |
| 服务对象 | | (1)社会 (2)内部 (3)境外人员 (4)社会+境外人员 （ ） | | | | | | | | |
| 服务方式 | | □门诊 □急诊 □住院 □家庭病床 □巡诊 □其他 | | | | | | | | |
| 占地面积 | | m2 | | 建筑面积 | | m2 | 业务用房面积 | | | m2 |
| 注册资金 | | 万元 | | 床位数 | | 张 | 牙科诊椅数 | | | 张 |
| 法定代表人 | |  | | 主要负责人 | |  | 邮政编码 | | |  |
| 诊疗科目 | |  | | | | | | | | |
| 联系人 | |  | | | | 联系电话 | |  | | |
| 所附资料：  □医疗机构申请执业登记注册书  □申请设置医疗机构符合当地《医疗机构设置规划》的证明（不受机构数量和规划布局限制的除外）  □设置医疗机构可行性研究报告和选址报告  □医疗机构诊疗用房产权证明或者使用权证明  □医疗机构科室平面布局图  □设置医疗机构法定代表人、主要负责人不属于被限定人员承诺书  □医疗机构法定代表人或者主要负责人以及各科室负责人名录和有关资格证书、执业证书复印件  □医疗机构科室设置、卫生技术人员结构分布表（附医疗卫生技术人员执业情况一览表）及聘用证明  □万元以上的医疗设备清单。门诊部、诊所、卫生所、医务室、卫生站等医疗机构申请执业登记，还应当提交科室设置、卫技人员、医疗器械和设置清单  □《医疗机构分类登记审检书》（一式二份）  委托办理的，还应当提交授权委托书和被委托人身份证复印件。 | | | | | | | | | | |
| **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/负责人  （签字) | | | |  | |
| 年 月 日 | | | | | | | | | | |