附件2.1

拟设医疗机构基本情况

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 设置单位（人） | |  | | |
| 营业执照或  其他证件号码 | |  | | |
| 法定代表人  （经营者） | |  | 身份证号 |  |
| 单位性质 | |  | 组织形式 |  |
| 联系人 | |  | 联系电话 |  |
| 申请核定内容 | 类别 |  | | |
| 名称 |  | | |
| 选址 |  | | |
| 经营性质 |  | | |
| 床位（牙椅） | 张床位， 张牙椅， 张观察床 | | |
| 服务对象 |  | | |
| 诊疗科目 |  | | |
| 投资总额 | 万元 | | |
| 备注： | | | | |

1.单位性质：国营、集体、私营、外资、中外合资、其他；

2.组织形式：有限责任公司、股份有限公司、个人独资企业、合伙、其他；

3.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；

4.名称：填写拟设医疗机构名称，应与《营业执照》登记名称关键字一致，并满足《医疗机构管理条例实施细则》有关规定；

5.经营性质：政府举办非营利性、非政府举办非营利性、营利性；

6.服务对象：社会、内部；

7.诊疗科目：按照《医疗机构诊疗科目名录》完成填写申请的一级、二级科目。

附件2.2

拟设医疗机构主要负责人的基本情况

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 联系电话 |  | | 身份证号 | |  | |
| 毕业院校 |  | | 毕业时间 | |  | |
| 学历 |  | | 学位 | |  | |
| 医师资格证编号 | |  | | | | |
| 专业 | |  | | | 专业类别 |  |
| 资格级别 | |  | | | 类别 |  |
| 医师执业证编号 | |  | | | | |
| 执业类别 | |  | | | 执业范围 |  |
| 执业年限 | |  | | | | |
| 执业简历（何时在何机构曾执业）： | | | | | | |

附件2.3

关于符合申请条件的声明

开平市卫生健康局：

­­­ 我（单位） 申请设置医疗机构，拟以 为法定代表人，拟以 为主要负责人。

我知晓，根据《医疗机构管理条例实施细则》第十二条的规定，有下列情形之一的，不得充任医疗机构的法定代表人或者主要负责人：

（一）正在服刑或者不具有完全民事行为能力的个人；

（二）发生二级以上医疗事故未满五年的医务人员；

（三）因违反有关法律、法规和规章，已被吊销执业证书的医务人员；

（四）被吊销《医疗机构执业许可证》的医疗机构法定代表人或者主要负责人。

不属于上述任何情形之一，特此声明。

设置单位盖章

或设置人签名 （手印）

拟聘用法定代表人签名 （手印）

拟聘用主要负责人签名 （手印）

年 月 日

附件2.4

医疗机构法定代表人、主要负责人签字表

|  |  |
| --- | --- |
| 法定代表人  签字样本 | 年 月 日 |
| 主要负责人  签字样本 | 年 月 日 |
| 本医疗机构印章  法定代表人/主要负责人印章  年 月 日 | |

备注：1.法定代表人/主要负责人无印章可以不填该项。

附件2.5

拟设医疗机构具体承诺表

|  |  |
| --- | --- |
| 聘用  人员 | 总人数： 人；其中：执业医师 人，护理 人，  检验 人，药剂 人，其它 人。 |
| 学历：研究生： 人，本科 人 ，大专 人，  中专 人，无学历 人。 |
| 职称情况：正高 人，副高 人，中级 人，  初级 人，无职称 人。 |
| 拟设床位和诊疗科目 | 床位: 张，牙椅: 张，观察床: 张。  诊疗科目： |
| 拟投  经费 | 投资经费： 万元，其中：固定资金 万元，  流动资金  万元。 |
| 医疗  设备 | 医疗设备： |
| 检验设备： |
| 供应室设备： |

承诺（单位）人:  年 月 日

附件2.6

**医疗机构申请执业登记注册书**

**设置单位（人） （章）**

**组 建 负 责 人 （章）**

**登 记 号 □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□**

**（医疗机构代码）**

**申请日期 年 月 日**

**批准文号 字（ ）第 号**

**中华人民共和国国家卫生健康委员会制**

填表说明

1．此表为医疗机构向登记机关申请《医疗机构执业许可证》时专用。

2．医疗机构代码 按照卫统发（1991）第6号文件《卫生单位名称代码及数据库存管理办法（暂行）》和补充规定的有关规定填写。

3．附表6-2 隶属关系 在后面的括号中填写应选项目的号码，只能填一个。

4．附表6-2 所有制形式 在后面的括号中填写应选项目的号码，只能填一个。

5．附表6-2 服务对象 填写要求同4。

6．附表6-2 法定代表人 医疗机构拥有法人地位者，填写其法定代表人的姓名；医疗机构若无法人地位，则填写具有法人地位的主管单位的法定代表人姓名及本医疗机构主要负责人情况。

7．附表6-3 在诊疗科目代码前的□内用划“√”方式填报。

8．附表6-3 医疗机构凡在某一级科目下设置二级学科（专业组）的，应填报到所列二级科目；未划分二级学科（专业组）的，只填报到一级诊疗科目。在某科目下只开展门诊服务的，应在备注栏注明“门诊”字样。

9．附表6-3 只开展专科病诊疗的机构，应填报专科病诊疗所属的科目，并在备注栏注明专科病名称，如颈椎病专科诊疗机构填报“骨科”，并于备注栏注明“颈椎病专科”。

10．附表6-4 在每项空格中填写相应项目的人数。

11．附表6-4 职工总数 “职工总数”应为“卫生技术人员数”，“其他技术人员数”和“行政后勤人员数”之和。

12．附表6-4 卫生技术人员数应为“中医医生”、“西医医生”、“中药人员”、“西药人员”、“检验人员”、“护理人员”、“放射技术人员”、“口腔技术人员”及“其他卫技人员”之和。

13．附表6-4 管理人员 指医疗机构的负责人和职能科室的各级管理人员，财会人员除外。

14．附表6-4 其他人员 指原在大专院校，中专学过数学、特理、化学等非卫生专业现从事科研、教学、医疗器械修配、卫生宣传等技术工作的人员，不包括原学这些专业，现从事管理工作的人员。

15．附表6-4 康复治疗人员 指从事运动治疗、作业治疗、言语治疗、物理因子治疗和传统康复治疗的人员。

16．附表6-5 普通设备 按医疗机构基本标准中的医疗设备标准逐项填写。

17.附表6-6 凡是在1994年9月1日以前开业的医疗机构要填写此项，在1994年9月1日以后申请新开业的医疗机构可不填写。

18.附表6-6 出院者平均住院日计算公式：出院者占用总床日数/出院人数

19.附表6-6 床位周转次数计算公式：

出院人数/平均开放病床数

20.附表6-6 平均每一门诊诊疗人次医疗费（元）计算公式：

上一年全年门诊医疗费用总数（元）/上一年全年门诊诊疗人次总数

门诊医疗费用包括：挂号费、药费、检查治疗费等门诊收入。

21.附表6-6 平均每一出院者住院医疗费（元）计算公式：

上一年全年出院者住院医疗费用总数（元）/上一年全年出院总人数

住院医疗费用包括：住院费、药费、手术费、检查治疗费等住院收入。

22.附表6-6 出院者平均每天住院医疗费（元）计算公式：

平均每一出院者住院医疗费（元）/出院者平均住院日

附表6-2 医疗机构简况

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 | | | | | 开业日期 年 月 | | |
| 登记号（医疗机构代码）□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ | | | | | | | |
| 所有制形式（1）全民 （2）集体 （3）私人 （4）中外合资合作（5）其他 （ ） | | | | | | | |
| 隶属 （1）中央属 （2）省、自治区、直辖市属 （3）直辖市区、省辖市、地区（盟）属  关系 （4）省辖市区、地辖市属 （5）县（旗）属 （6）街道办事处属 （7）乡（镇）属（8）村属 （9）其他  （ ） | | | | | | | |
| 主管单位名称 | | | | | | | |
| 服务对象 （1）社会 （2）内部 （3）境外人员（4）社会+境外人员 （ ） | | | | | | | |
| 医疗机构地址 | | | | | | | |
| 电话 | | 传真 | | | | | 邮政编码□□□□□□ |
| 法定代表人 | | | | | | | |
| 主要负责人 | 姓名 | | 出生年月 | | | 性别 □男 □女 | |
| 职务 | | 最高学历 | | | | |
| 专业 | | 职称 | | | | |
| 占地  面积 m2 | | 建筑  面积 m2 | | | | | 建筑面积中  业务用房面积 m2 |
| 资金总计 万元 | | 固定资金 万元 | | | | | 流动资金 万元 |
| 服务方式 □门诊 □急诊 □住院 □家庭病床 □巡诊 □其他 | | | | | | | |
| 床位数 | | | | 牙科诊椅数 | | | |
| 备注 | | | | | | | |

附表6-3-1 医疗机构诊疗科目申报表 请在□中划“√”

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 代码 | | 诊疗科目 | 代码 | | 诊疗科目 |
| □  □  □□□□□□□□□□□□  □□□□□□□□□□  □  □□□□□□  □□□□□□□  □□□□□ | 01.  02.  03.  03.1  03.2  03.3  03.4  03.5  03.6  03.7  03.8  03.9  03.10  03.11  04.  04.1  04.2  04.3  04.4  04.5  04.6  04.7  04.8  04.9  05.  05.1  05.2  05.3  05.4  05.5  05.6  06.  06.1  06.2  06.3  06.4  06.5  06.6  07.  07.1  07.2  07.3  07.4 | 预防保健科  全科医疗科  内科  呼吸内科专业  消化内科专业  神经内科专业  心血管内科专业  血液内科专业  肾病学专业  内分泌专业  免疫学专业  变态反应专业  老年病专业  其他  外科  普通外科专业  神经外科专业  骨科专业  泌尿外科专业  胸外科专业  心脏大血管外科专业  烧伤科专业  整形外科专业  其他  妇产科  妇科专业  产科专业  计划生育专业  优生学专业  生殖健康与不孕症专业  其他  妇女保健科  青春期保健专业  围产期保健专业  更年期保健专业  妇女心理卫生专业  妇女营养专业  其他  儿科  新生儿专业  小儿传染病专业  小儿消化专业  小儿呼吸专业 | □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □  □ | 07.5  07.6  07.7  07.8  07.9  07.10  07.11  07.12  08.  08.1  08.2  08.3  08.4  08.5  08.6  09.  09.1  09.2  09.3  09.4  09.5  09.6  10．  11.  11.1  11.2  11.3  11.4  12.  12.1  12.2  12.3  12.4  12.5  12.6  13.  13.1  13.2  13.3  14． | 小儿心脏病专业  小儿肾病业  小儿血液病专业  小儿神经病学专业  小儿内分泌专业  小儿遗传病专业  小儿免疫专业  其他  小儿外科  小儿普通外科专业  小儿骨科专业  小儿泌尿外科专业  小儿胸心外科专业  小儿神经外科专业  其他  儿童保健科  儿童生长发育专业  儿童营养专业  儿童心理卫生专业  儿童五官保健专业  儿童康复专业  其他  眼科  耳鼻咽喉科  耳科专业  鼻科专业  咽喉科专业  其他  口腔科  口腔内科专业  口腔颌面外科专业  正畸专业  口腔修复专业  口腔预防保健专业  其他  皮肤科  皮肤病专业  性传播疾病专业  其他  医疗美容科 |

附表6-3-2

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 代码 | | 诊疗科目 | 代码 | | 诊疗科目 |
| □  □  □□□□□□□  □□□□□  □□□  □  □  □  □  □  □  □  □  □□□□□  □  □  □  □□□□□  □ | 15.  15.1  15.2  15.3  15.4  15.5  15.6  15.7  15.8  16.  16.1  16.2  16.3  16.4  16.5  16.6  16.7  17.  18.  19.  20.  21.  22.  23.  23.01  23.02  23.03  23.04  23.05  23.06  24.  25.  26.  30.  30.1  30.2  30.3  30.4  30.5 | 精神科  精神病专业  精神卫生专业  药物依赖专业  精神康复专业  社区防治专业  临床心理专业  司法精神专业  其他  传染科  肠道传染病专业  呼吸道传染病专业  肝炎专业  虫媒传染病专业  动物源性传染病专业  蠕虫病专业  其他  结核病科  地方病科  肿瘤科  急诊医学科  康复医学科  运动医学科  职业病科  职业中毒专业  尘肺专业  放射病专业  物理因素损伤专业  职业健康监护专业  其他  临终关怀科  特种医学与军事医学科  麻醉科  医学检验科  临床体液、血液专业  临床微生物学专业  临床生化检验专业  临床免疫、血清学专业  其他 | □  □□□□□□□  □□□□□  □□  □□□□□□□  □  □□□□□  □□□□  □□  □  □□□□  □ | 31.  32.  32.01  32.02  32.03  32.04  32.05  32.06  32.07  32.08  32.09  32.10  32.11  50  50.01  50.02  50.03  50.04  50.05  50.06  50.07  50.08  50.09  50.10  50.11  50.12  50.13  50.14  50.15  50.16  50.17  50.18  51  51.01  51.02  51.03  51.04  51.05  51.06  52. | 病理科  医学影像科  X线诊断科专业  CT诊断专业  磁共振成像诊断专业  核医学专业  超声诊断专业  心电诊断专业  脑电及脑血流图诊断专业  神经肌肉电图专业  介入放射学专业  放射治疗专业  其他  中医科  内科专业  外科专业  妇产科专业  儿科专业  皮肤科专业  眼科专业  耳鼻咽喉科专业  口腔科专业  肿瘤科专业  骨伤科专业  肛肠科专业  老年病科专业  针灸科专业  推拿科专业  康复医学专业  急诊科专业  预防保健科专业  其他  民族医学科  维吾尔医学  藏医学  蒙医学  彝医学  傣医学  其他  中西医结合科 |

附表6-4 人员情况

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 职工总数 | | | | 其中卫生技术人员数 | | | | | 行政后勤人员数 | | |
| 医  生 | 主任医师 | | 副主任医师 | | 主治医师 | | 住院医师 | | | 医士 |  |
|  | |  | |  | |  | | |  |  |
| 药剂人员 | 主任药剂师 | | 副主任药剂师 | | 主管药剂师 | | 药剂师 | | | 药剂士 |  |
|  | |  | |  | |  | | |  |  |
| 检验人员 | 主任检验师 | | 副主任检验师 | | 主管检验师 | | 检验师 | | | 检验士 |  |
|  | |  | |  | |  | | |  |  |
| 护理人员 | 主任护师 | | 副主任护师 | | 主管护师 | | 护师 | | | 护士 |  |
|  | |  | |  | |  | | |  |  |
| 放射技术人员 | 主任技师 | | 副主任技师 | | 主管技师 | | 技师 | | | 技士 |  |
|  | |  | |  | |  | | |  |  |
| 工程技术人员 | 高级工程师 | | 工程师 | | 助理工程师 | | 技术员 | | |  |  |
|  | |  | |  | |  | | |  |  |
| 研究人员 | 研究员 | | 副研究员 | | 助理研究员 | | 实习研究员 | | |  |  |
|  | |  | |  | |  | | |  |  |
| 教学  人员 | 教授 | | 副教授 | | 讲师 | | 助教 | | |  |  |
|  | |  | |  | |  | | |  |  |
| 财会  人员 | 高级会计师 | | 会计师 | | 助理会计师 | | 会计员 | | |  |  |
|  | |  | |  | |  | | |  |  |
| 管理人员 | |  | | | | 工人 | |  | | | |
| 营养师 | |  | | | | 营养士 | |  | | | |
| 康复治疗人员 | |  | | | | 助产士 | |  | | | |
| 乡村医生 | |  | | | | 村卫生员 | |  | | | |
| 其他人员 | |  | | | | | | | | | |

附表6-5 仪器设备情况

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 名称 | 数量 | 名称 | 数量 |
| 大型仪器设备 | （1）伽玛刀 |  | （10）γ－照相机 |  |
| （2）核磁共振成像仪（MRI） |  | （11）体外循环机 |  |
| （3）全身CT |  | （12）腹腔镜（手术用） |  |
| （4）头部CT |  | （13）碎石机 |  |
| （5）钴－60治疗机 |  | （14）彩色多普勒成像仪 |  |
| （6）加速器 |  | （15）自动生化分析仪（10万元以上） |  |
| （7）500mAX光机 |  | （16）血液透析机 |  |
| （8）600mAX光机 |  | （17）环氧乙烷消毒设备 |  |
| （9）1000mA以上X光机 |  |  |  |
| 普通设备 |  |  |  |  |

注：普通设备栏如不够，请自行另附页。

附表6-6 上一年度业务工作概况

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 服  务  量 | 门诊诊疗人次 | 急诊诊疗人次 | | | | 入院病人次 | | | 床位周转人次 | | | 出院者平均住院日 | | 床位使用率％ | | | 家庭病床（张） | | | 出诊人次 | |
|  |  | | | |  | | |  | | |  | |  | | |  | | |  | |
| 收入  来源  （万元） | 国家拨款 | | | | | | 业务  收入 | | | | 集  资 | | 捐  款 | | | 贷  款 | | | 其  它 | | |
| 经常性拨款 | | | | 专款 | |
|  | | | |  | |  | | | |  | |  | | |  | | |  | | |
| 业务收  入分类（元） | 药品费 | | 检查费 | | | | | 手术费 | | 住院床位费 | | | 挂号费 | | 诊查费 | | | 其他 | | |  |
|  | |  | | | | |  | |  | | |  | |  | | |  | | |  |
| 支出  （万元） | 人员开支 | | | | | | | 药品购置 | | 设备购置 | | | 消耗品购置 | | | 维修 | | | 其他 | | |
| 基本工资 | | | 奖金补贴 | | | |
|  | | |  | | | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | |
| 平均每一门诊诊疗人次医疗费（元） | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 平均每一出院者住院医疗费（元） | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 出院者平均每天住院医疗费（元） | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 计算机应用 | □门诊病人管理 □住院病人管理 □病案首页管理 □医疗统计  □病房医嘱管理 □药品管理 □营养膳食管理 □科研项目管理  □后勤管理 □财务管理 □人事管理 □其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

附表6-7 提交文件、证件和上级主管部门意见

|  |  |
| --- | --- |
| 申请执  业登记  提交的  文件  证件 | **已提交请在（ ）内打√。**  **一、设置单位（人）基本情况**  1.《营业执照》或《民办非企业单位法人登记证书》或《事业单位法人登记证书》正、副本（ ）  2.设置单位法定代表人及主要负责人身份证复印件，或设置人的身份证复印件；（ ）  3.拟设医疗机构基本情况、拟设医疗机构主要负责人的基本情况；（ ）  4.关于符合申请条件的声明；（ ）  5.医疗机构法定代表人、主要负责人签字表；（ ）  6.拟设医疗机构具体承诺表；（ ）  **二、《医疗机构申请执业登记注册书》**（ ）  **三、医疗机构用房产权证明或者使用证明**  1.用房用地租赁意向书或租赁合同；（ ）  2.选址所在地的房产证或用房产权证明；（ ）  3.设置单位（人）对选址可行性和对周边的影响进行深入研究情况承诺表（ ）  4.医疗废物处理合同书。（ ）  **四、医疗机构方位图、建筑设计平面图**（ ）  **五、医疗机构规章制度**（ ）  **六、医疗机构卫生技术人员花名册及有关资格证件**  1.主要负责人有关资格证书、执业证书复印件；（ ）  2.拟设诊疗科目各科室负责人有关资格证书、执业证书复印件；（ ）  3.其他拟聘卫生技术人员有关资格证书、执业证书复印件；（ ）  **七、承诺书**  1.设置人或设置单位法定代表人签署的行政许可告知事项承诺书；（ ）  2.申请设置单位（人）承诺书；（ ）  3.医疗机构依法执业承诺书（ ）  **八、其他** |
| 上级主  管部门  签 署  意 见 | 年 月 日 （公章） |

附表6-8 审查、主管领导意见、局长核批

|  |  |
| --- | --- |
| 监督员初  审意见 | 监督员签名： 年 月 日 |
| 市疾病预防控制中心意见 | 签名： 年 月 日 |
| 复审意见  (医政股) | 签名： 年 月 日 |
| 主管局长  意见 | 签名： 年 月 日 |
| 局长意见 | 签名： 年 月 日 |

附表6-9 核准登记事项

|  |  |
| --- | --- |
| 执业许可证登记号：□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□  （医疗机构代码） | |
| 医疗机构类别： | 名称： |
| 地址： | 邮编：□□□□□□ |
| 法定代表人（主要负责人）： | 所有制形式： |
| 注册资金（资本）： | 职工人数： |
| 服务对象： | 服务方式： |
| 占地面积： m2 | 建筑面积： m2 |
| 诊疗科目： | |
| 床位数： | 牙椅数： |
| 其他项目： | |
| 核准药品种类： | |

附表6-10 核发《医疗机构执业许可证》及归档、公告情况

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 批准号 |  | 核准日期 |  |
| 领证人签字： 领证日期： | | | |
| 发证人签字： 发证日期： | | | |
| 登记文件、证件、资料归档情况 | 档案管理人员签字： 年 月 日 | | |
| 医疗机构  登记公告  刊登情况  记录 | 记录人签字： 年 月 日 | | |
| 备  注 |  | | |

附件2.7

设置单位（人）对选址可行性和对周边的影响

进行深入研究情况承诺表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申请单位（人） | |  |
| 拟设医疗机构名称 | |  |
| 选址 | 地址: | |
| 选址基本情况：  填写内容例如：1、医疗用房（或医疗用地）为合法建筑（或规划用地）；2、是否独立楼房；3、医疗机构是否与幼儿园、中小学，餐饮单位相邻；4、如医疗机构建在居民区或住宅区内，主动与社区居民及业主进行沟通的情况。 | |
| 实用面积: 平方米，建筑面积： 平方米。 | |
| 设置单位（人）是否自行组织选址公示：  公示的途径或具体位置：  如涉及居住小区或村委的是否与小区物业管理部门和村委会充分沟通，征询相邻权益人意见：  公示（征询意见）反馈情况： | |
| 是否对周边环境影响进行深入研究，是否已取得环保部门的许可或已符合环保部门相关规定要求：  是否已签订医疗废物处置合同书： | |
| 是否对设置医疗机构的可行性，合理设计医疗机构的选址布局、功能定位、服务方式、诊疗科目、人员配备、床位数量、设备设施等事项，实现途径为？（如自行请专家审查建筑设计平面图等等内容）。 | |

以上承诺情况有相关材料的可另附页提供。

承诺单位（人）： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2.8  医疗机构人员花名册 | | | | | | | | | |
| 姓名 | 性别 | 职务 | 科室 | 资格证编码 | 专业 | 职称 | 执业证编号 | 执业范围 | 拟主执业或多点执业 | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| （请如实填写，我局将在医师执业注册、护士执业注册联网系统进行查证，不够填写可另附页。） | | | | | | | | | | |
| **承诺至少达到《医疗机构基本标准》等有关规定配置相应卫生技术人员**  承诺人（法定代表人）签名： 日期： | | | | | | | | | | |

附件2.9

医疗美容项目备案申请表

|  |  |
| --- | --- |
| 美容外科项目分级 | 在开展的项目后打√ |
| 1．一级项目。 |  |
| （1）头面部： |  |
| 重唇修复术 |  |
| 招风耳矫正术 |  |
| 眉修整术 |  |
| 眉提升术 |  |
| 重睑成形术 |  |
| 下睑袋矫正术 |  |
| 内眦成形术 |  |
| 隆鼻术 |  |
| 鼻尖成形术 |  |
| 隆鼻术后硅胶取出术 |  |
| 鼻小柱及鼻孔成形术 |  |
| 唇峰、薄唇增厚术 |  |
| 唇珠美容术 |  |
| 厚唇矫正术 |  |
| 酒窝成形术 |  |
| 唇系带成形术 |  |
| 颞部填充术 |  |
| 隆颏术 |  |
| 颊脂肪垫去除术 |  |
| （2）乳房、躯干： |  |
| 乳头内陷矫正术 |  |
| 乳头乳晕缩小术 |  |
| 脂肪抽吸术（吸脂量＜1000ml） |  |
| （3）会阴部： |  |
| 处女膜修补术 |  |
| 阴蒂肥大缩小术 |  |
| 小阴唇成形术 |  |
| （4）其他： |  |
| 体表小肿瘤切除术 |  |
| 瘢痕切除缝合术 |  |
| 穿耳孔术 |  |
| 皮肤磨削术（面积不超过面部1/4） |  |
| 酒渣鼻切割术 |  |
| 皮肤肿物切除术 |  |
| 腋臭手术 |  |
| 毛发移植术 |  |
| 自体脂肪注射移植术 |  |
| 皮肤扩张器技术 |  |
| A型肉毒毒素美容注射 |  |
| 2．二级项目。 |  |
| （1）头面部： |  |
| 隐耳矫正术 |  |
| 杯状耳矫正术 |  |
| 耳畸形矫正术 |  |
| 菜花耳矫正术 |  |
| 驼峰鼻矫正术 |  |
| 鹰钩鼻矫正术 |  |
| 鼻畸形矫正术 |  |
| 鼻翼缺损修复术 |  |
| 颞部除皱术 |  |
| 额部除皱术 |  |
| 内窥镜下除皱术 |  |
| 中面部除皱术 |  |
| （2）乳房、躯干： |  |
| 隆乳术 |  |
| 乳房下垂矫正术 |  |
| 乳房液态填充物取出术 |  |
| 脂肪抽吸术（1000ml≤吸脂量＜2000ml） |  |
| （3）会阴部： |  |
| 阴茎延长术 |  |
| 阴茎增大（增粗）术 |  |
| 阴道紧缩术 |  |
| 3．三级项目。 |  |
| 头面部： |  |
| 全颜面皮肤磨削术 |  |
| 全颜面及颌颈部除皱术 |  |
| 不良文饰修复术 |  |
| 乳房及躯干： |  |
| 脂肪抽吸术（2000ml≤吸脂量＜5000ml） |  |
| 4．四级项目。 |  |
| （1）头面部： |  |
| 颧骨降低术 |  |
| 下颌角肥大矫正术 |  |
| 上下颌骨其它成形术 |  |
| （2）乳房、躯干： |  |
| 巨乳缩小术（乳房肥大+重度下垂） |  |
| 腹壁成形术 |  |
| 美容牙科项目（暂不分级） |  |
| 1．牙齿美容修复技术 |  |
| 牙齿形态修整 |  |
| 牙齿漂白 |  |
| 复合树脂粘结修复 |  |
| 瓷贴面修复 |  |
| 嵌体修复 |  |
| 桩核冠修复 |  |
| 金属烤瓷冠桥修复 |  |
| 全瓷冠修复 |  |
| 临时冠修复 |  |
| 可摘局部义齿美容修复 |  |
| 全口义齿美容修复 |  |
| 即刻义齿美容修复 |  |
| 种植义齿美容修复 |  |
| 粘结固定桥美容修复 |  |
| 柔性义龈美容修复 |  |
| 隐形义齿美容修复 |  |
| 套筒冠义齿美容修复 |  |
| 覆盖义齿美容修复 |  |
| 2．牙周美容技术操作。 |  |
| 洁治术 |  |
| 牙龈切除术 |  |
| 牙龈成形术 |  |
| 牙冠延长术 |  |
| 根尖复位瓣术 |  |
| 侧向转位瓣术 |  |
| 双乳头瓣移位术 |  |
| 冠向复位瓣术 |  |
| 自体游离龈瓣移植术 |  |
| 牙周引导组织再生术 |  |
| 牙槽骨修整术 |  |
| 3．牙牙合畸形美容矫治。 |  |
| 错牙合畸形的诊断、分类和矫治设计 |  |
| 常见错牙合畸形的矫治 |  |
| 正颌外科病例的正畸矫治 |  |
| 活动性矫治器矫治 |  |
| 功能性矫治器矫治 |  |
| 固定矫治器矫治 |  |
| 美容皮肤科项目（暂不分级） |  |
| （一）无创治疗项目 |  |
| 内服、外用药物美容治疗 |  |
| 光疗（红光、蓝光、紫外线等）治疗痤疮、色素性疾患及调节肤质 |  |
| 红外线治疗 |  |
| 倒膜及面部护理治疗痤疮 |  |
| 色斑及调节肤质 |  |
| 冷喷治疗敏感性皮肤 |  |
| 药物导入调节肤质 |  |
| 药浴（含熏蒸）治疗敏感性皮肤及调节肤质 |  |
| 其他针对皮损或缺陷的无创治疗 |  |
| （二）有创治疗项目 |  |
| 1.物理治疗： |  |
| 冷冻 |  |
| 电外科治疗（高频电治疗，电解，电灼治疗等） |  |
| 微波治疗 |  |
| 粉刺挤压 |  |
| 微针（Microneedle）治疗 |  |
| 其他针对皮肤病损或缺陷的物理治疗 |  |
| 2.抽吸、注射及填充： |  |
| 局封（相关药物） |  |
| 硬化剂注射 |  |
| 肉毒素注射 |  |
| 填充物注射 |  |
| 吸脂与脂肪移植 |  |
| 其他针对皮损或缺陷的注射治疗 |  |
| 3.化学剥脱 |  |
| 4.激光和其它光（电磁波）治疗： |  |
| 1. 光治疗： |  |
| 除皱 |  |
| 消除皮肤松弛 |  |
| 脱毛 |  |
| 磨削 |  |
| 去瘢痕 |  |
| 去文身和文眉 |  |
| 去除色素性皮损 |  |
| 治疗血管性疾病所致皮肤异常 |  |
| ②强脉冲光（IPL）治疗： |  |
| 除皱 |  |
| 消除皮肤松弛 |  |
| 脱毛 |  |
| 针对色素性皮损和血管性疾病所致皮肤异常的IPL治疗 |  |
| 皮肤瘢痕IPL治疗 |  |
| ③其他光（电磁波）治疗： |  |
| 射频治疗 |  |
| 超声治疗 |  |
| 光动力疗法 |  |
| ④其他针对皮损或缺陷的光疗或激光治疗 |  |
| 2．手术项目 |  |
| 皮肤肿物切除（美容目的） |  |
| 拔甲术 |  |
| 刮除术 |  |
| 腋臭手术 |  |
| 足病修治术 |  |
| 酒渣鼻切割术 |  |
| 自体表皮移植术 |  |
| 毛发移植术 |  |
| 酒窝成形术 |  |
| 多汗症治疗 |  |
| 皮肤磨削 |  |
| 白癜风治疗术（吸疱移植，相关细胞移植） |  |
| 美容中医科项目（暂不分级） |  |
| 1．中药内服美容法。 |  |
| 中草药内服美容法治疗 |  |
| 中成药内服美容法治疗 |  |
| 中药膳食美容法治疗 |  |
| 2．中药外治美容技术。 |  |
| 中药溶液外用美容技术湿敷、浸浴、足浴美容治疗 |  |
| 中药粉剂外用美容技术膜剂美容治疗 |  |
| 中药其他剂型美容治疗 |  |
| 中药浸膏外用美容治疗 |  |
| 中药紫外负离子喷雾美容治疗 |  |
| 中药超声波透入美容治疗 |  |
| 中药直流电离子导入美容治疗 |  |
| 中药与其他现代仪器配合美容治疗 |  |
| 3．针灸美容技术。 |  |
| 针刺技术：毫针术、三棱针术、皮肤针（梅花针）术、皮内针术、 |  |
| 火针术、电针术、水针（穴位注射）术、杵针术 |  |
| 灸术：艾炷灸、艾条灸、温针灸、温灸器灸。 |  |
| 穴位磁疗术 |  |
| 耳针术 |  |
| 拔罐术 |  |
| 4．中医推拿美容技术。 |  |
| 头面部美容经穴按摩技术 |  |
| 躯体和四肢其它部位美容推拿技术 |  |
| 足部美容按摩术 |  |
| 5．其他中医美容技术。 |  |
| 穴位埋线疗法术 |  |
| 刮痧疗法术 |  |
| 结扎法术 |  |
| 其他美容项目（暂不分级）： |  |

注：1.美容医疗机构及开设医疗美容科室的医疗机构应按相关规定向登记机关备案相关医疗美容项目。

2.申请美容外科二级以上项目必须设有麻醉科。

附件2.10

开平市卫生健康局行政许可告知事项

为降低申请单位（人）申请设置社会医疗机构的风险，减少申请单位（人）不必要的损失，医疗机构设置的行政许可事项实行告知承诺制。

一、根据《关于进一步改革完善医疗机构、医师审批工作的通知》（国卫医发〔2018〕19号）文件精神，除三级医院、三级妇幼保健院、急救中心、急救站、临床检验中心、中外合资合作医疗机构、港澳台独资医疗机构外，举办其他医疗机构（如：一、二级医院，门诊部、诊所等）的，医疗机构设置审批和执业登记“两证合一”，卫生健康行政部门不再核发《设置医疗机构批准书》，仅在执业登记时发放《医疗机构执业许可证》。

二、设置单位（人）申请设置社会医疗机构必须符合行政许可条件。设置单位（人）应保证所提交的申请材料的真实性、有效性和合法性。如经查实，设置单位（人）提供虚假材料或者隐瞒有关情况的，行政许可实施机关有权不予受理或不予行政许可或撤销已作出的行政许可决定。

三、在申请执业登记前，设置单位（人）应当对设置医疗机构的可行性和对周边的影响进行深入研究,合理设计医疗机构的选址布局、功能定位、服务方式、诊疗科目、人员配备、床位数量、设备设施等事项，为减少投资风险，注意事项如下：

（一）为规避你单位（人）投资风险及保障周边法定权利人权益，请你单位在筹建装修前对设置医疗机构的可行性和对周边的影响进行深入研究，应充分公示广泛征询相邻法定权利人（业主/住户）意见，妥善提前化解矛盾（涉及小区或居委的建议与小区物业管理部门和居委会充分沟通，在相关管理部门公示栏组织公示并做好相关公示资料的保全，公示样式可参考附件2.13）。

（二）卫生健康行政部门依据本部门的职权依法进行管理，属于规划、环保、消防等相关部门职权范围内的管理和许可事项（包括选址房产的使用性质、环评等问题），你单位（人）应当向相关部门咨询清楚，需要相关部门许可方能开展筹建建设（含装修）的，请依法办齐相关手续。未取得相关部门许可擅自开展筹建设置，由你单位（人）自行承担所造成的一切后果（包括相关部门的行政处罚、群众和相关权益人投诉引发的问题、自身经济损失等）。

（三）医疗机构选址必须为非住宅合法建筑或规划医疗用地，并应提供相关的合法证明，在执业登记前须取得拟设医疗机构符合消防部门相关规定的证明材料。

（四）医疗机构建筑应符合国家有关建筑设计规范和建设标准，医疗机构内设科室及流程布局符合卫生法律法规相关规范要求。建议自行请专家审查建筑设计等内容。

（五）符合医疗机构基本标准要求。

（六）按照申请的诊疗科目开展筹建。

四、《医师资格证书》、《医师执业证书》不得出租、转借，《医疗机构执业许可证》不得出租、转让，相关科室不得出租、承包和转让（含借医疗合作名义实施的出租承包科室行为）。

五、医疗机构执业登记实行告知承诺制。设置单位（人）须与行政许可实施机关签订申请设置医疗机构告知承诺书，并履行承诺书中确定的义务。申请人如不兑现承诺，行政许可决定机关有权依法不予行政许可或撤销已作出的行政许可决定。

**本单位（人）已认真阅读以上事项。**（请在下方空白处抄写上述文字并签字）

签名（盖章）：

日期：

附件2.11

申请设置单位（人）承诺书

开平市卫生健康局：

本申请单位（人）在申请设置医疗机构执业登记的行政许可时作出以下承诺：

一、关于申请单位（人）资质

本单位（人）已认真学习了《医疗机构管理条例》《医疗机构管理条例实施细则》等卫生法律法规规章要求，符合申请资质要求，不存在《医疗机构管理条例实施细则》第十二条等规定的“不得申请设置医疗机构”的禁止性情形。

二、**关于医疗机构的选址**

（一）本单位（人）已对设置医疗机构的可行性和对周边的影响进行了深入研究，医疗机构的选址布局、功能定位、服务方式、诊疗科目、人员配备、床位数量、设备设施等事项符合卫生法律法规相关规定要求。本单位（人）已征询相邻法定权利人（业主/住户）意见，并充分公示，无法定权利人反对意见。

（二）本申请单位（人）承诺严格按照《医疗机构设置规划》的要求进行选址，**选址为非住宅合法建筑。**本申请单位（人）知晓医疗机构选址和筹建，规划、环保、消防、城市管理等相关部门也可依照本部门职权依法进行管理，本申请单位（人）承诺依法向规划、环保、消防等相关部门办齐相关手续，未取得相关部门许可擅自开展筹建设置，由本单位自行承担所造成的一切后果（包括相关部门的行政处罚、群众和相关权益人投诉引发的问题、自身经济损失等）。

三、关于医疗机构的科室设置、人员聘用、医疗设备配备等

本申请人承诺严格按照《中华人民共和国执业医师法》《医疗机构基本标准》的要求进行医疗机构的科室设置、人员聘用、医疗设备配备等的筹建。

四、关于医疗机构的注册资金

本申请人对注册资金的真实性负责，承诺经费到位，投资额能满足医疗机构筹建的需要。

五、关于医疗废物和污水的处理

本申请人承诺登记注册的医疗机构及医疗废物和污水处理符合《医疗废物管理条例》《中华人民共和国传染病防治法》和环保部门的要求。

六、关于医疗用房的消防

本申请人承诺医疗用房的消防设施符合消防部门的要求，并按消防部门的相关规定进行报建和验收，消防设施和装修材料符合消防部门的规定。

七、申报材料

本申请人承诺所提供的材料准确、真实、合法、有效。本申请人承诺所提供的材料准确、真实、合法、有效。提供虚假证明材料或逾期不补齐材料的，行政许可决定机关有权取消本单位（人）本次的申请资格。

八、法律责任

本申请单位（人）如不履行承诺或者作出虚假承诺，行政许可决定机关有权不予行政许可或撤销已核发的《医疗机构执业许可证》。如本申请设置单位（人）未取得《医疗机构执业许可证》情况下开展非法医疗执业活动，行政许可决定机关可按无证经营及相关法律法规予以处罚。

谨此承诺。

本承诺书一式2份，行政许可决定机关和申请人各一份。

承诺单位（人）： （章）

日期：

附件2.12

医疗机构依法执业承诺书

我（单位）医疗机构名称为 。

法定人代表人/主要负责人姓名为 / 。

执业地址为 。

本医疗机构校验期为 年，本机构应当于校验期满前三个月申请医疗机构校验。

为保障医疗安全，改善医患关系，加强自律，确保医疗行为合法、安全、有效。本医疗机构已认真学习了《执业医师法》《医疗机构管理条例》《医疗机构校验管理办法（试行）》《医疗技术临床应用管理办法》等有关法律法规及规定，在执业期间郑重承诺如下：

一、严格遵守有关法律、法规和医疗技术规范，依法执业；主动接受卫生健康行政部门的监督检查，及时办理执业登记、变更登记、注销登记、校验及有效期延续等；

二、将《医疗机构执业许可证》、诊疗科目、执业人员注册证书、诊疗时间和收费标准悬挂在本机构内显著位置；

三、保证本医疗机构的科室设置、人员、设备以及医疗用房等条件符合法定许可条件；承诺按《医疗机构基本标准》配备相关医、护等执业人员数量；

四、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；

五、不使用非卫生技术人员从事医疗卫生技术工作（包括不使用卫生技术人员从事本专业以外的诊疗活动；不使用未取得医师执业证书、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；不私自带徒从事诊疗活动；执业助理医师不单独执业）；

六、不出租、转借机构内医师的《医师资格证书》和《医师执业证书》，按期组织机构内的医师参加每两年一次的医师定期考核，经考核方可按照相应执业范围开展诊疗活动。若机构内存在中止执业活动满二年医师或医师离职等情形应当及时办理医师注销注册或注册备案手续；

七、按照《处方管理办法》、《医疗机构病历管理规定》、《病历书写基本规范》等要求印制、书写、使用、保管病历、处方、门诊日志和各项检查单等医学文书；

八、遵守《医疗广告管理办法》等有关管理规定，不刊登、播发、张贴非法医疗广告；不通过雇佣“医托”等不正当方法招徕病人；

九、按照《传染病防治法》、《医院感染管理办法》和《消毒管理办法》的规定做好传染病的预防、控制和疫情报告，实施医院感染管理工作。按照《医疗废物管理条例》要求，与医疗废物集中处置单位签定医疗废物转运合同，并按照相关规定做好医疗废物的分类收集；

十、不出租、承包和转让《医疗机构执业许可证》，不出租、承包和转让相关科室（含借医疗合作名义实施的出租承包科室行为）；

十一、本单位（人）知道设置单位设置的医疗机构为能独立承担民事责任的单位；作为自然人（设置人）设置的诊所，是具有完全行为能力的个人，应当独自承担该诊所完全民事责任（民事责任包括：该医疗机构发生医疗纠纷、医疗事故责任的赔偿，违法违规行为的处罚等）；

十二、本机构将严格按照《医疗机构基本标准》配备相关医护人员和设备设施，执业过程中如相关医护人员和设备设施达不到医疗机构基本标准，愿意主动减少诊疗科目，愿意承担相应法律、法规责任并接受处理意见。

本机构将严格遵守本承诺，如有违反，愿意承担相应的法律责任并接受处罚，欢迎社会各界人士监督。

本表一式二份，一份交执业登记卫生健康行政部门存档，一份医疗机构内存档。

承诺单位（盖章） 法定代表人/主要负责人：

年 月 日

附件2.13

申请设置医疗机构公示

（设置单位（人）筹建前组织公示的参考样件）

本设置单位（人）拟筹建设置xxxx（填机构类别），为对设置医疗机构的可行性和对周边的影响进行深入研究，广泛征询相邻法定权利人（业主／住户）意见，现将本单位拟筹建设置医疗机构有关设置信息公示如下：

一、设置单位：xxxxxxxxxx

二、拟设类别：xxxxx（填已有基本标准的医疗机构类别）

三、拟选址：xxxxxxxxxx

四、拟申请设置诊疗科目：xx、xx、xx、xx

五、拟设床位（牙椅）数：xx（xx）张

公示时间：从xxx x年xx月xx 日至x x月x x日止，共5个工作日。公示期内，任何个人和单位均可通过来信、来电、来访等形式，向本设置单位（人）反映该处设置医疗机构情况和问题。

受理单位：xxxxxxxxxx （个人或单位）

受理地址：xxxxxxxxxx

邮政编码：xxxx

公示电话：xxxx

电子邮箱：xxxx@xxxx

xxxx年xx月xx日

抄送：开平市卫生健康局、xx居委会、xx物业管理处（涉及的抄送）

附件2.14

医疗机构申请执业登记信息公示

（卫生健康行政部门登记公示参考样件）

兹有xxxx公司（个人）拟申请xxxxx医疗机构登记，现将拟登记的医疗机构基本情况进行公示，有关拟登记信息如下：

一、设置单位：xxxxx

二、名称：xxxxx

三、类别：xxxxx

四、选址：xxxxx

五、诊疗科目：xx、xx

六、床位（牙椅）数：xx（xx）张

七、符合当地医疗机构设置规划情况：符合。

公示时间：从xxxx年xx月xx日至xx月xx日止，共5个工作日。公示期内，任何个人和单位均可通过书面形式，向我局反映该处设置医疗机构或设置人（单位）的情况和问题。以个人名义反映的提倡签署和自报本人真实姓名；以单位名义反映的请加盖本单位印章。

八、受理单位：开平市卫生健康局医政股

地址：开平市长沙东兴大道人和东路12号五幢医政股

邮政编码：529300

公示电话：0750-2229908，传真：0750-2220198

xxxx年xx月xx日

附件2.15

授权委托书

委托人： 身份证号：

地址： 电话：

受托人： 身份证号：

地址： 电话：

委托人因申请医疗机构执业许可证（新办）事项，现授权并委托受托人代为填写、提交申请材料、代为签署有关文件及代为领取审批结果。

受托人在上述授权范围内所签署的文件及代为申请办理手续的行为，委托人均予以承认。受托人没有转委托权。授权委托的有效期自本授权委托书签署之日起至取得审批结果之日结束。

委托人保证所提交资料的真实性和合法性，如有不实或违法之处，愿意承担一切法律责任。同时，委托人保证向受托人提交的电子文件与书面文件内容完全一致，如内容不一致或存在冲突之处，造成审批延误或审批不通过，一切后果由委托人承担。

委托人：

受托人：

日 期：