昆明市“开口腔诊所”主题事项申请登记表

|  |
| --- |
| **基础信息** |
| 申请事项类型 | □诊所执业备案（新办）□医师执业首次注册□医师执业变更注册□医师多机构执业备案□护士执业注册(首次注册）□护士执业注册（变更注册）□放射源诊疗技术和医用辐射机构许可（新办） |
| **市场主体信息** |
| 诊所名称： |
| 诊所地址： |
| 设置单位名称： |
| 设置单位资质证明 | 资质证书名称 |  |
| 资质编号 |  |
| 设置人 | 姓名 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号 |  |
| **法定代表人信息** |
| 姓名 |  | 联系电话 |  |
| 执业类别 |  | 执业范围 |  |
| 身份证号 |  |
| 医师资格证书编码 |  |
| 医师执业证书编码 |  |
| **主要负责人信息** |
| 姓名 |  | 联系电话 |  |
| 执业类别 |  | 执业范围 |  |
| 身份证号 |  |
| 医师资格证书编码 |  |
| 医师执业证书编码 |  |
| **委托人信息** |
| 姓名 |  | 移动电话 |  |
| 证件类型 |  | 证件号 |  |
| 委托期限 | 自\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 |
| **诊所执业备案（必填)** |
| **人员情况** |
| 其他医师（可另附页） | 姓名 |  | 执业类别 |  | 执业范围 |  |
| 身份证号 |  |
| 医师资格证书编码 |  |
| 医师执业证书编码 |  |
| 护士（可另附页） | 姓名 | 专业 | 身份证号 | 执业证书编码 |
|  |  |  |  |
| 药学人员（可另附页） | 姓名 | 专业 | 身份证号 | 执业证书编码（或其他资质证书编码） |
|  |  |  |  |
| 医技人员（可另附页） | 姓名 | 专业 | 身份证号 | 资格证书编码 |
|  |  |  |  |
| **诊所情况** |
| 所有制形式 | □全民 □集体 □股份制 □私人 □其他 |
| 经营性质 | □营利性 □非营利性（政府办） □非营利性（非政府办） |
| 诊所类型 |  |
| 诊疗科目 |  |
| 服务方式 |  |
| **医师执业首次注册、变更注册、多机构备案基本信息（必填)** |
| 照片 | 姓名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  |
| 出生日期 |  | 专业技术职务任职资格 |  |
| 身份证号 |  |
| 所学系、专业 |   | 学 历 |  |
| 家庭地址及邮编 |  | 健康状况 |  |
| 业务水平考核机构或组织名称、考核培训时间及结果 |  |
| 何时何地因何种原因受过何种处罚或处分 |  |
| 其他要说明的问题 |  |
| **个人工作经历** | 时间 | 单位  |  技术职务 | 证明人 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **医师执业首次注册** |
| 申请执业级别 |  | 申请执业类别 |  | 申请执业范围 |  |
| 申请执业机构名称 |  | 执业机构登记号 |  |
| 申请执业机构地址 |  |
| 邮政编码 |  | 单位电话 |  | 拟在该机构执业时间 |  |
| 本人意见 |  |
| 拟执业机构意见 |  |
| **医师执业变更注册** |
| 拟变更注册事项: |
| 申请变更注册理由: |
|  原执业级别 |  | 原执业类别 |  | 原执业范围 |  |
| 原执业机构名称 |  | 机构登记号 |  | 单位电话 |  |
| 邮政编码 |  | 地址 |  |
| 拟执业级别 |  | 拟执业类别 |  | 拟执业范围 |  |
| 拟执业机构意见 |  |
| **医师多机构备案** |
| 拟执业机构名称 |  | 机构登记号 |  |
| 机构地址 |  |
| 邮政编码 |  | 单位电话 |  |
| 有效期开始时间 |  | 有效期结束时间 |  |
| 拟执业机构意见 |  |
| **护士执业注册（必填)** |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 照片 |
| 出生日期 |  | 民 族 |  |
| 国 籍 |  | 健康状况 |  |
| 通过护士执业考试时间 |  | 是否首次注册 | 囗是 囗否 |
| 证件类型 |  | 证件号码 |  |
| 毕业时间 |  | 毕业学校 |  |
| 专 业 |  | 学 制 |  |
| 学 历 |  | 学 位 |  |
| 参加工作时间 |  | 手机号码 |  |
| **现执业机构** |  | 工作电话 |  |
| 单位登记号 |  | 邮政编码 |  |
| 行政区划 |  省（自治区/直辖市） 市（地区） 区（县） |
| 现工作科室 |  | 技术职称 |  |
| 现工作类别 |  | 职 务 |  |
| **拟执业机构** |  | 工作电话 |  |
| 单位登记号 |  | 邮政编码 |  |
| 行政区划 | 省（自治区/直辖市） 市（地区） 区（县） |
| 拟工作科室 |  | 技术职称 |  |
| 拟工作类别 |  | 职 务 |  |
| 何时何地因何种原因受过何种奖励或表彰 |  |
| 何时何地因何种原因受过何种处罚或处分 |  |
| 其他要说明的问题 |  |
| **放射源诊疗技术和医用辐射机构许可（必填)** |
| 机构总人数 |  | 放射工作人员数 |  |
| 申请许可项目 | X射线影像诊断 □1、X射线CT影像诊断 □ 2、乳腺X射线影像诊断 □3、CR影像诊断 □ 4、普通X射线机影像诊断 □5、DR影像诊断 □ 6、牙科X射线影像诊断 □7、其他X射线影像诊断 □ |
| 介入放射学 □ 1、DSA介入放射诊疗 □ 2、其他影像设备介入放射诊疗 □ |
| 核医学□1、PET影像诊断 □ 2、γ骨密度测量□3、CT- PET影像诊断 □ 4、籽粒插植治疗 □5、SPECT影像诊断 □ 6、放射性药物治疗 □7、γ相机影像诊断 □ 8、其它核医学诊疗项目□ |
| 放射治疗 □1. 立体定向（X刀）治疗 □ 2、钻--60机治疗 □

3、立体定向 (Y刀)治疗□ 4、后装治疗 □ 5、医用加速器治疗 □ 6、深部X射线机治疗 □7、质子治疗 □ 8、敷贴治疗 □9、中子治疗□ 10、重离子治疗□11、其他放射治疗项目 □ |
| 射线装置 | 科室名称 |  | 科室人员数 |  | 放射工作人员数 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **保 证 申 明**本申请人和签字人承诺如下，并承担相应的法律责任。1. 填报的信息及提交的材料真实、准确、有效、完整。
2. 严格按照备案的诊疗科目、技术开展诊疗活动，不开展超出备案范围的诊疗活动。

（三）法定代表人及主要负责人无以下情形：1.不能独立承担民事责任的单位；2.正在服刑或者不具有完全民事行为能力的人；3.发生二级以上医疗事故未满5年的医务人员；4.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；5.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。申请人承诺：本申请书中所填内容及所附资料均真实、合法、有效，复印文本均与原件一致。如有不实之处，本人（单位）愿负相应的法律责任，并承担由此产生的一切后果。 申请人（被委托人）签字（盖章）：  年 月 日 |