昆明市“开中医诊所”主题事项申请登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基础信息** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请事项类型 | | □中医医疗机构执业登记（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） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **市场主体信息** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医疗机构名称： | | | | | | | | | | | | 开业日期 年 月 | | | | | | | |
| 医疗机构地址： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |
| 登记号（医疗机构代码） □□□□□□□□□□□□□□□□□□ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所有制形式 ⑴全民 ⑵集体 ⑶私人 ⑷中外合资 ⑸其它（6）股份制（7）股份合作制（8）合伙制( ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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）（镇）属  （8）村属 （9）其他 ( ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 床位数： | | | | | | | | | | | 牙科诊椅数： | | | | | | | | |
| **法定代表人信息** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | | |  | | | | | | | | 性别 | | | | |  | | | |
| 专业 | | |  | | | | | | | | 最高学历 | | | | |  | | | |
| 职务 | | |  | | | | | | | | 职称 | | | | |  | | | |
| 身份证号 | | |  | | | | | | | | 联系方式 | | | | |  | | | |
| **主要负责人信息** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | | |  | | | | | | | | 性别 | | | | |  | | | |
| 专业 | | |  | | | | | | | | 最高学历 | | | | |  | | | |
| 职务 | | |  | | | | | | | | 职称 | | | | |  | | | |
| 身份证号 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **中医医疗机构执业登记（必填)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医疗机构诊疗科目： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | 护理员 |
|  | | | | |  | | | |  | | | |  | |  | | | |
| 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 | |  | | |  |
|  | | | | |  | | | |  | | | |  | |  | | |  |
| 其他技术  人员 | 高 级 | | | | | 副高级 | | | | 中 级 | | | | 初 级 | |  | | |  |
|  | | | | |  | | | |  | | | |  | |  | | |  |
| 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 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 技术学历结构 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 技术学历 | 博 士 | | | | 硕 士 | | | | 本 科 | | 大 专 | | | | 中 专 | | | | 无技术学历 |
| 医 生 |  | | | |  | | | |  | |  | | | |  | | | |  |
| 护理人员 |  | | | |  | | | |  | |  | | | |  | | | |  |
| 药剂人员 |  | | | |  | | | |  | |  | | | |  | | | |  |
| 检验人员 |  | | | |  | | | |  | |  | | | |  | | | |  |
| 放射技术  人 员 |  | | | |  | | | |  | |  | | | |  | | | |  |
| 财会人员 |  | | | |  | | | |  | |  | | | |  | | | |  |
| 行政管理  人 员 |  | | | |  | | | |  | |  | | | |  | | | |  |
| 其他人员 |  | | | |  | | | |  | |  | | | |  | | | |  |
| 年龄结构 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年龄 | 20岁以下 | | | | 20-29岁 | | | | 30-39岁 | | 40-49岁 | | | | 50-59岁 | | | | 60岁以上 |
| 医生 |  | | | |  | | | |  | |  | | | |  | | | |  |
| 护理人员 |  | | | |  | | | |  | |  | | | |  | | | |  |
| 药剂人员 |  | | | |  | | | |  | |  | | | |  | | | |  |
| 检验人员 |  | | | |  | | | |  | |  | | | |  | | | |  |
| 放射技术  人 员 |  | | | |  | | | |  | |  | | | |  | | | |  |
| 财会人员 |  | | | |  | | | |  | |  | | | |  | | | |  |
| 行政管理  人 员 |  | | | |  | | | |  | |  | | | |  | | | |  |
| 其他人员 |  | | | |  | | | |  | |  | | | |  | | | |  |
| 仪器设备情况 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 大  型  仪  器  设  备 | | 名 称 | | | | | | 数 量 | | | | | 名 称 | | | | 数 量 | | |
| 1.Y-刀 | | | | | |  | | | | | 13.彩色多普勒成像仪 | | | |  | | |
| 2.核磁共振成像仪 | | | | | |  | | | | | 14.生动生化分析仪(10万元以上) | | | |  | | |
| 3.全身CT | | | | | |  | | | | | 15.血液透析机 | | | |  | | |
| 4.头部CT | | | | | |  | | | | | 16.电子束扫描诊断仪(OFCT或EBIS) | | | |  | | |
| 5.钴-60治疗 | | | | | |  | | | | | 17.核素计算机断层显像(SPECT.PET) | | | |  | | |
| 6.加速器 | | | | | |  | | | | | 18.x-刀 | | | |  | | |
| 7.800 mAX光机 | | | | | |  | | | | | 19.后装治疗仪 | | | |  | | |
| 8.1000mA 以上X光机 | | | | | |  | | | | | 20.深部X光治疗机 | | | |  | | |
| 9. Y-照像机 | | | | | |  | | | | | 21.数字成像血管造影机(心、脑、脊髓) | | | |  | | |
| 10．体外循环机 | | | | | |  | | | | | 22．激光治疗仪（100万元以上） | | | |  | | |
| 11．腹腔镜（手术用） | | | | | |  | | | | | 23．中央监护（套数、床数） | | | |  | | |
| 12．碎石机 | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | |
| 普通设备 | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | |
|  | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | |
| **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 | | | | 年 月 日 | | | | 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（仅首次注册填写）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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（仅变更注册填写）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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（仅多机构备案填写）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **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。  （一）填报的信息及提交的材料真实、准确、有效、完整。   1. 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |