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 |