昆明市“办医院执业登记”主题事项

申请登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本信息 | | | | | | | | | | | |
| 申请事项类型 | | □医疗机构执业登记（许可）  □医疗广告审查  □公共场所卫生许可（除饭馆、咖啡馆、酒吧、茶座等）（新办） | | | | | | | | | |
| 市场主体信息 | | | | | | | | | | | |
| 市场主体名称 | |  | | | | | | | | | |
| 统一社会  信用代码 | |  | | | | 有效期限 | | | | | □ 年 月 日至 年 月 日  □长期 |
| 住所 | |  | | | | | | | | | |
| 经营场所 | |  | | | | | | | | | |
| 经济类型 | | □国有企业 □集体企业 □合伙企业 □股份制企业（合作） □个人独资企业 □有限责任公司 □外商投资公司 □股份有限公司 □个体工商户（□个人经营 □家庭经营 ）□农民专业合作社 □其他： | | | | | | | | | |
| 房屋权属 | | □自有 □租赁 □无偿使用 | | | | | | | | | |
| 租赁/无偿使用期限： □ 年 月 日至 年 月 日 □长期 | | | | | | | | | |
| 职工人数 | |  | | | | 应体检人数 | | | | |  |
| 法定代表人（负责人）信息 | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | |  | | | | 性别 | | | | |  |
| 民族 | |  | | | | 职务 | | | | |  |
| 户籍登记地址 | |  | | | | | | | | | |
| 学历 | |  | | | | 职称 | | | | |  |
| 证件类型 | |  | | | | 证件号 | | | | |  |
| 固定电话 | |  | | | | 移动电话 | | | | |  |
| 联系人信息 | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | |  | | | | 移动电话 | | | | |  |
| 证件类型 | |  | | | | 证件号 | | | | |  |
| 传真 | |  | | | | 电子邮箱 | | | | |  |
| 委托代理人信息 | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | |
| **医疗机构执业登记（许可）申请（必填)** | | | | | | | | | | | |
| 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 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 ( ) | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | |
| 邮政编码 □□□□□□ | | | | 电话 | | | | | 传真 | | |
| 法定代表人 | 姓名 性别□男 □女 | | | | 主要负责人 | | | 姓名 性别□男 □女 | | | |
| 出生年月 专业 | | | | 出生年月 专业 | | | |
| 职务 职称 | | | | 职务 职称 | | | |
| 最高学历 | | | | 最高学历 | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | |
| **医疗机构诊疗科目申报表** 请在□中划√ | | | | | | | | | | | |
| □01. 预防保健科 □05.03 计划生育专业  □05.04 优生学专业  □05.05 生殖健康与不孕症专业  □02. 全科医疗科 □05.99 其他  □03. 内科  □03.01 呼吸内科专业 □06. 妇女保健  □03.02 消化内科专业 □06.01 青春期保健专业  □03.03 神经内科专业 □06.02 围产期保健专业  □03.04 心血管内科专业 □06.03 更年期保健专业  □03.05 血液内科专业 □06.04 妇女心理卫生专业  □03.06 肾病学专业 □06.05 妇女营养专业  □03.07 内分泌专业 □06.99 其他  □03.08 免疫学专业  □03.09 变态反应专业 □07. 儿科  □03.10 老年病专业 □07.01 新生儿专业  □03.99 其他 □07.02 小儿传染病专业  □07.03 小儿消化专业  □04. 外科 □07.04 小儿呼吸专业  □04.01 普通外科专业 □07.05 小儿心脏病专业  □04.02 神经外科专业 □07.06 小儿肾病专业  □04.03 骨科专业 □07.07 小儿血液病专业  □04.04 泌尿外科专业 □07.08 小儿神经病学专业  □04.05 胸外科专业 □07.09 小儿内分泌专业  □04.06 心脏大血管外科专业 □07.10 小儿遗传病专业  □04.07 烧伤科专业 □07.11 小儿免疫专业  □04.08 整形外科专业 □07.99 其他  □04.99 其他  □08. 小儿外科  □08.01 小儿普通外科专业  □05. 妇产科 □08.02 小儿骨科专业  □05.01 妇科专业 □08.03 小儿泌尿外科专业  □05.02 产科专业 □08.04 小儿胸心外科专业  □08.05 小儿神经外科专业 □14. 医疗美容科  □08.99 其他  □15. 精神科  □09. 儿童保健 □15.01 精神病专业  □09.01 儿童生长发育专业 □15.02 精神卫生专业  □09.02 儿童营养专业 □15.03 药物依赖专业  □09.03 儿童心理卫生专业 □15.04 精神康复专业  □09.04 儿童五官保健专业 □15.05 社区防治专业  □09.05 儿童康复专业 □15.06 临床心理专业  □09.99 其他 □15.07 司法精神专业  □15.99 其他  □10. 眼科  □16. 传染科  □11. 耳鼻咽喉科 □16.01 肠道传染病专业  □11.01 耳科专业 □16.02 呼吸道传染病专业  □11.02 鼻科专业 □16.03 肝炎专业  □11.03 咽喉科专业 □16.04 虫媒传染病专业  □11.99 其他 □16.05 动物源性传染病专业  □16.06 蠕虫病专业  □12. 口腔科 □16.99 其他  □12.01 口腔内科专业  □12.02 口腔颌面外科专业 □17. 结核病科  □12.03 正畸专业  □12.04 口腔修复专业 □18. 地方病科  □12.05 口腔预防保健专业  □12.99 其他 □19. 肿瘤科  □13. 皮肤科 □20. 急诊医学科  □13.01 皮肤病专业  □13.02 性传播疾病专业 □21. 康复医学科  □13.99 其他  □22. 运动医学科  □23. 职业病科 □32.09 介入放射学专业  □23.01 职业中毒专业 □32.10 放射治疗专业  □23.02 尘肺专业 □32.99 其他  □23.03 放射病专业  □23.04 物理因素损伤专业 □50. 中医科  □23.05 职业健康监护专业 □50.01 内科专业  □23.99 其他 □50.02 外科专业  □50.03 妇产科专业  □24. 临终关怀科 □50.04 儿科专业  □50.05 皮肤科专业  □25. 特种医学与军事医学科 □50.06 眼科专业  □50.07 耳鼻咽喉科专业  □26. 麻醉科 □50.08 口腔科专业  □50.09 肿瘤专业  □30. 医学检验科 □50.10 骨伤科专业  □30.01 临床体液,血液专业 □50.11 肛肠科专业  □30.02 临床微生物学专业 □50.12 老年病科专业  □30.03 临床生化检验专业 □50.13 针灸科专业  □30.04 临床免疫、血清学专业 □50.14 推拿科专业  □30.99 其他 □50.15 康复医学专业  □50.16 急诊科专业  □31. 病理科 □50.17 预防保健科专业  □50.99 其他  □32. 医学影像科  □32.01 X线诊断科专业 □51. 民族医学科  □32.02 CT诊断专业 □51.01 维吾尔医学  □32.03 磁共振成像诊断专业 □51.02 藏医学  □32.04 核医学专业 □51.03 蒙医学  □32.05 超声诊断专业 □51.04 彝医学  □32.06 心电诊断专业 □51.05 傣医学  □32.07 脑电及脑血流图诊断专业 □51.99 其他  □32.08 神经肌肉电图专业    □52. 中西医结合科 | | | | | | | | | | | |
| **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**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | 名 称 | 数 量 | 名 称 | 数 量 | | \*  大  型  仪  器  设  备 | 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 |  |  |  |  | |  |  |  |  |   \* 1.区县级及以上医疗机构填写万元以上设备件数。2.地段医院、乡镇卫生院填写2000元以上设备件数。3.其他医疗机构填写500元以上设备件数。 | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **医疗广告审查申请（必填)** | | | |
| 医 疗 机 构  第 一 名 称 |  | 发 证 卫 生  行 政 部 门 |  |
| 《医疗机构执业  许可证》登记号 | 核发《医疗机构执业许可证》后如实填写 | 法 定 代 表 人  （主要负责人） |  |
| 身 份 证 号 |  |
| 校验有效期 | 核发《医疗机构执业许可证》后填写  （自××××年××月××日起，至××××年××月××日止） | | |
| 医疗机构地址 |  | | |
| 所有制形式 |  | 医疗机构类别 |  |
| 诊疗科目 |  | | |
| 床 位 数 |  | 接诊时间 |  |
| 联系电话（区号） |  | 邮 编 |  |
| 发布媒体类别 | □影视□广播报纸□期刊  □户外□印刷品□网络  □其他 （在类别框内打√） | 广告时长  （影视、声音） | ××秒 |
| **保 证 申 明**  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 | | | |
| **公共场所卫生许可申请（必填)** | | | |
| 申请许可项目： | | | |
| 卫生设施: | | | |