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: |