明山区卫健局行政执法服务指南

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 职权项目名称 | 层级和部门 |
| 1 | 母婴保健技术服务机构执业许可 | 卫生计生行政部门 |
| 2 | 母婴保健服务人员资格认定 | 卫生计生行政部门（市、县） |
| 3 | 医疗机构设置审批（含港澳台，外商独资除外） | 卫生计生行政部门（市、县） |
| 4 | 医疗机构执业登记（人体器官移植除外） | 卫生计生行政部门（市、县） |
| 5 | 医师执业注册 | 卫生计生行政部门（市、县） |
| 6 | 护士执业注册 | 卫生计生行政部门（市、县） |
| 7 | 饮用水供水单位卫生许可 | 卫生计生行政部门（市、县） |
| 8 | 公共场所卫生许可 | 卫生计生行政部门（市、县） |
| 9 | 放射源诊疗技术和医用辐射机构许可 | 卫生计生行政部门（市、县） |
| 10 | 乡村医生执业注册 | 卫生计生行政部门（县） |
| 11 | 医疗机构放射性职业病危害建设项目预评价报告审核 | 卫生计生行政部门（市、县） |
| 12 | 医疗机构放射性职业病危害建设项目竣工验收 | 卫生计生行政部门（市、县） |
| 13 | 医疗、保健机构开展计划生育技术服务的许可 | 卫生计生行政部门（市、县） |
| 14 | 放射工作人员许可 | 卫生计生行政部门（市、县） |
| 15 | 公共场所建设项目卫生审查 | 卫生计生行政部门（市、县） |
| 16 | 供水建设项目卫生审查 | 卫生计生行政部门（市、县） |
|  |  |  |
|  |  |  |

附件2：

母婴保健技术服务机构执业许可裁量基准

一、适用范围

本裁量基准规定了母婴保健技术服务机构执业许可的申请主体、许可主体、申请条件依据、不予许可条件、申请受理时间、地点、联系电话、申报数量限制及收费情况。

本裁量基准适用于申请母婴保健技术服务机构执业许可的机构。

二、申请主体

大连市申请开展婚前医学检查、遗传病诊断、产前诊断以及施行结扎手术和终止妊娠手术的医疗保健机构。

三、许可主体

市、县两级卫生计生行政部门。

四、申请条件和依据

1.《中华人民共和国行政许可法》

2.《中华人民共和国母婴保健法》第三十二条：医疗保健机构依照本法规定开展婚前医学检查、遗传病诊断、产前诊断以及施行结扎手术和终止妊娠手术的，必须符合国务院卫生行政部门规定的条件和技术标准，并经县级以上地方人民政府卫生行政部门许可。

3.《中华人民共和国母婴保健法实施办法》(国务院令第308号) 第三十五条：从事遗传病诊断、产前诊断的医疗、保健机构和人员，须经省、自治区、直辖市人民政府卫生行政部门许可。

从事婚前医学检查的医疗、保健机构和人员，须经设区的市级人民政府卫生行政部门许可。

从事助产技术服务、结扎手术和终止妊娠手术的医疗、保健机构和人员，须经县级人民政府卫生行政部门许可，并取得相应的合格证书。

4.《母婴保健专项技术服务许可及人员资格管理办法》

第五条：申请婚前医学检查、遗传病诊断、产前诊断以及施行结扎手术和终止妊娠手术许可的医疗保健机构，必须向审批机关，提交《母婴保健技术服务执业许可申请登记书》并交验下列材料：（一）《医疗机构执业许可证》及其副本；（二）有关医师的《母婴保健技术考核合格证书》；（三）审批机关规定的其他材料。

5.《母婴保健专项技术服务基本标准》

6.《辽宁省助产技术服务机构基本标准(试行)》

五、首次申请许可程序：

（一）婚前医学检查机构执业许可

1.母婴保健技术服务执业许可申请登记书；（一份）

2.医疗机构执业许可证副本原件；

3.拟聘用卫生技术人员名录；(交一份原件，加盖公章，婚检医师具有三年以上妇产科或泌尿外科临床经验并在备注栏中注明)

4.科室负责人职称证书复印件；(一份复印件加盖公章)

5.建筑平面图复印件；（标明建筑总面积、内部各楼层及房间的面积及比例、科室布局等）

6.非法定代表人办理需提供授权委托书；（一份）

7.营利性医疗机构除提交上述材料外还需提交营业执照。（验原件，交一份复印件）

（二）助产技术服务、结扎手术、终止妊娠手术机构执业许可

1.母婴保健技术服务执业许可申请登记书；（一份）

2.医疗机构执业许可证副本原件；

3.建筑平面图复印件；（标明建筑总面积、内部各楼层及房间的面积及比例、科室布局等）

4.拟聘用卫生技术人员母婴保健技术考核合格证书复印件；（一份）

5.保证提交材料真实性的声明；（一份）

6.非法定代表人办理需提供授权委托书；（一份）

7.营利性医疗机构除提交上述材料外还需提交营业执照。（验原件，交一份复印件）

六、申报数量限制及收费情况

无申报数量限制。不收费用。

七、办理时限：

法定时限：20个工作日

承诺时限：8个工作日

**母婴保健技术服务执业许可申请登记书**

申请单位： 大连XX医院 （章）

法定代表人： 张三 （章）

登记号

□□□□□□□□□□□□□□□□□□如实填写

机构性质： 全民所有制

申请日期： 年 月 日

批准文号： 字（ ）第 号

医疗保健机构简况（如实填写）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 大连XX医院 | | | | 机构评审批准等级 三级甲等 | | |
| 登记号(医疗机构代码) □□□□□□□□□□□□□□□□□□ | | | | | | |
| 所有制形式 (1)全民 (2)集体 (3)私人 (4)中外合资合作(5)其他 ( 1 ) | | | | | | |
| 隶属关系 | | (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 (4)省辖市区、地辖市属 (5)县（旗）属 (6)街道办事处属 (7)乡（镇）属 (8)村属 (9)其他（ 4 ） | | | | |
| 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（ 1 ） | | | | | | |
| 机构地址 大连市XX区XX街 | | | | | | |
| 电话 88888888 | | | 传真 87777777 | | | 邮政编码□□□□□□ |
| 法  定  代  表  人 | 姓名 张三  性别 √男□女 | | | | 主  要  负  责  人 | 姓名 李四  性别 √男□女 |
| 出生年月1988.5 专业 临床 | | | | 出生年月1988.5 专业 临床 |
| 职务 院长 职称 正高 | | | | 职务 副院长 职称 正高 |
| 最高学历 本科 | | | | 最高学历 本科 |
| 服务方式 □社区母婴保健 √门诊 □住院 □家庭病床 □巡诊  □其他 | | | | | | |
| 床位数 30 | | | | | | |
| 备  注 | | | | | | |

医疗保健机构开展母婴保健技术服务科室设置情况表

请在□中“√”

|  |
| --- |
| 代码 诊疗科目 备注 代码 诊疗科目 备注 |

□01. 妇女保健科 □06. 内科

□01.01 青春期保健

□01.02 围产期保健 □07. 外科

□01.03 更年期保健

□01.04 妇女心理行为 □08. 眼科

√01.05 妇女营养

□01.06 女职工职业保健 □09. 耳鼻咽喉科

□01.07 其他

□10. 口腔科

□02. 儿童保健科

□02.01 集体儿童保健 □11. 皮肤科

□02.02 儿童生长发育

□02.03 儿童营养 □12. 精神科

□02.04 儿童心理行为

□02.05 儿童五官保健 □13. 传染科

□02.06 儿童康复

□02.07 其他 □14. 麻醉科(手术室)

□03. 婚检专科 □15. 医学检验科

□03.01 男性婚检 □15.01 常规检验

□03.02 女性婚检 □15.02 生化检验

□15.03 内分泌检验

□04. 妇女科 □15.04 临床免疫

□04.01 妇科 □15.05 遗传检验:细胞检验

□04.02 产科 □15.06 其他

□04.03 计划生育

□04.04 内分泌 □16. 病理科

□04.05 生殖健康

□04.06 其它 □17. 医学影像科

□17.01 X线诊断专业

□05. 儿科 □17.02 超声诊断专业

□05.01 新生儿急救 □17.03 心电诊断专业

□05.02 小儿传染病 □17.04 脑电及脑血流图诊

□05.03 小儿消化 断专业

□05.04 小儿呼吸 □17.05 神经肌肉电图专业

□05.05 小儿心脏病 □17.06 其他

□05.06 小儿肾病

□05.07 小儿血液病 □18. 中医科

□05.08 小儿神经病学

□05.09 小儿内分泌 □19. 其他

□05.10 小儿遗传病

□05.11 小儿免疫

□05.12 小儿营养不良性疾

病防治

□05.13 其他

人 员 情 况（如实填写）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 职工总数 90 其中卫生技术人员数 70 行政后勤人员数 20 | | | | | | |
| 妇女  保健科 | 主任医师 | 副主任医师 | 主治医师 | 医师 | 医士 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 儿童  保健科 | 主任医师 | 副主任医师 | 主治医师 | 医师 | 医士 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 婚检  专科 | 主任医师 | 副主任医师 | 主治医师 | 医师 | 医士 |  |
| 女 男 | 女 男 | 女 男 | 女 男 | 女 男 |  |
| 妇产科 | 主任医师 | 副主任医师 | 主治医师 | 医师 | 医士 | 助产士 |
|  |  |  |  |  |  |
| 儿科 | 主任医师 | 副主任医师 | 主治医师 | 医师 | 医士 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 遗传  科室 | 主任医师 | 副主任医师 | 主治医师 | 医师 | 医士 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 泌尿  专科 | 主任医师 | 副主任医师 | 主治医师 | 医师 | 医士 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 检验科 | 主任检验师 | 副主任检验师 | 主管检验师 | 检验师 | 检验员 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 医技  科室 | 主任医师 | 副主任医师 | 主管技师 | 技师 | 技术员 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 护理员  专业 | 主任护师 | 副主任护师 | 主管医师 | 护师 | 护士 | 护理员 |
|  |  |  |  |  |  |

母婴保健技术服务仪器设备情况（如实填写）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 婚前医学检查设备 | | 有(数) | 产前诊断、遗传病诊断设备 | 有(数) |
| 设  备 | (1)妇科检查台、检查床 |  | (1)B型超声诊断仪 |  |
| (2)男、女婚检常规器械 |  | (2)普通双目、三筒研究显微镜 |  |
| (3)听诊器、血压、体重计 | 3 | (3)隔水式培养箱、恒温干燥箱 |  |
| (4)化验和X光机辅助设备 |  | (4)普通电冰箱、普通离心机 | 7 |
| (5)其他 |  | (5)自动纯水蒸馏器、负压吸引器 |  |
| 终止妊娠、结扎手术设备 | 有(数) | (6)超净工作台 |  |
| 项  目  名  称 | (1)手术床,器械台、柜 | 4 | (7)大容量普通、台式高速离心机 |  |
| (2)负压吸引器、冲洗设备 |  | (8)低温电冰箱、恒温水浴箱 |  |
| (3)照明灯、紫外线消毒灯 |  | (9)低压、高压电泳仪 |  |
| (4)常用消毒药品或制剂 |  | (10)恒温水浴摇床、恒温震荡器 |  |
| (5)必备抢救设施及物品 | 5 | (11)普通天平、分析天平 |  |
| (6)手术包 |  | (12)PCR热循环仪、液体混合器 |  |
| (7)供血、配血、输血设备 |  | (13)磁力加热搅拌器、酚蒸馏器 |  |
| (8)供氧、抢救监护设备 |  | (14)三用紫外分析仪 |  |
| (9)消毒设施(高压灭菌锅) |  | (15)紫外分光、荧光分光光度计 |  |
| (10)有关检验等辅助设施 |  | (16)酶标仪、同位素检测仪 |  |
| (11)转送危、重病人设备 |  | (17)其他 |  |

**注**:栏目不够请另附页

母婴保健服务人员资格认定裁量基准

一、适用范围

本裁量基准规定了母婴保健服务人员资格认定的申请主体、许可主体、申请条件依据、不予许可条件、申请受理时间、地点、联系电话、申报数量限制及收费情况。

本裁量基准适用于申请母婴保健服务人员资格认定。

二、申请主体

大连市申请从事婚前医学检查、遗传病诊断、产前诊断以及施行结扎手术和终止妊娠手术的人员。

三、许可主体

市、县两级卫生计生行政部门。

四、申请条件和依据

1.《中华人民共和国行政许可法》

2.《中华人民共和国母婴保健法》第三十三条：从事本法规定的遗传病诊断、产前诊断的人员，必须经过省、自治区、直辖市人民政府卫生行政部门的考核，并取得相应的合格证书。从事本法规定的婚前医学检查、施行结扎手术和终止妊娠手术的人员，必须经过县级以上地方人民政府卫生行政部门的考核，并取得相应的合格证书。

3.《中华人民共和国母婴保健法实施办法》(国务院令第308号) 第三十五条：从事遗传病诊断、产前诊断的医疗、保健机构和人员，须经省、自治区、直辖市人民政府卫生行政部门许可。

从事婚前医学检查的医疗、保健机构和人员，须经设区的市级人民政府卫生行政部门许可。

从事助产技术服务、结扎手术和终止妊娠手术的医疗、保健机构和人员，须经县级人民政府卫生行政部门许可，并取得相应的合格证书。

4.《母婴保健专项技术服务许可及人员资格管理办法》第十条：凡从事《中华人民共和国母婴保健法》规定的婚前医学检查、遗传病诊断、产前诊断、施行结扎手术和终止妊娠手术以及家庭接生技术服务的人员，必须符合《母婴保健专项技术服务基本标准》的有关规定，经考核合格，取得《母婴保健技术考核合格证书》、《家庭接生员技术合格证书》。

五、首次申请许可程序

申请人应当向审批部门提交以下申请材料：

1.大连市母婴保健技术服务人员申报审批表;(一份)

2.身份证复印件。(复印件加盖公章)

六、申报数量限制及收费情况

无申报数量限制。不收费用。

七、办理时限：

法定时限：20个工作日

承诺时限：8个工作日

**大连市母婴保健技术服务人员申报审批表**

姓 名： 张三

工 作 单 位： 大连市XX医院

现所在岗位： 婚检

填 报 日 期： 2018 年 8 月 1 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | | 张三 | 性别 | | 女 | 身份证号 | 如实填写 | | 照  片  （二寸） |
| 技术  职称 | | 中级 | | | | 文 化  程 度 | 本科 | |
| 毕业院校及专业 | | 大连医科大学 临床医学 | | | | 获 何  学 位 | 学士学位 | |
| 学  习  简  历 | 何年何月至何年何月 | | | 何学校（或何单位）何专业学习（或进修） | | | | 获学历、学位、证书情况 | |
| 2011.1——2018.1 | | | 大连医科大学 妇科专业进修 | | | | 取得结业证书 | |
|  | | |  | | | |  | |
|  | | |  | | | |  | |
|  | | |  | | | |  | |
|  | | |  | | | |  | |
|  | | |  | | | |  | |
|  | | |  | | | |  | |
| 工  作  履  历 | 何年何月至何年何月 | | | 在何地何单位何岗位从事何工作 | | | | 任何技术职务 | |
| 2011.9至今 | | | 大连市XX医院 | | | | 中级 | |
|  | | |  | | | |  | |
|  | | |  | | | |  | |
|  | | |  | | | |  | |
|  | | |  | | | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| 何时何地何原因受过何种奖励 | 无 |
| 有何论文在何刊物发表获，取得何科研成果、突出贡献 | 无 |
| 近3年内无医疗  事故、工作规范  和职业道德  等行为 | 无 |
| 近2年内是、否受过行政纪律处分  或处罚 | 无 |
| 工 作 单 位  初 审 意 见 | 年 月 日 |
| 审核  人员意见 | 审核人签字：  年 月 日 |
| **卫生计生行政**  **部门意见** | 审批办主任签字：  年 月 日 |

医疗机构设置审批裁量基准

一、适用范围

本裁量基准规定了医疗机构设置审批的申请主体、许可主体、申请条件依据、许可申请、变更、注销程序、申报数量限制及收费情况。

本裁量基准适用于申请医疗机构设置审批。

二、申请主体

大连市申请设置医疗机构的个人、单位。

三、许可主体

市、县两级卫生计生行政部门。

四、申请条件和依据

1.《中华人民共和国行政许可法》

2.《医疗机构管理条例》（国务院令第149号）第九条：单位或者个人设置医疗机构，必须经县级以上地方人民政府卫生行政部门审查批准，并取得设置医疗机构批准书，方可向有关部门办理其他手续。

3.《中华人民共和国中医药条例》（国务院令第374号）第八条：开办中医医疗机构，应当符合国务院卫生行政部门制定的中医医疗机构设置标准和当地区域卫生规划，并按照《医疗机构管理条例》的规定办理审批手续，取得医疗机构执业许可证后，方可从事中医医疗活动。

4.《医疗机构管理条例实施细则》(卫生部令第35号)第八十九条：各级中医（药）行政管理部门依据条例和本细则以及当地医疗机构管理条例实施办法，对管辖范围内各类中医、中西医结合和民族医医疗机构行使设置审批、登记和监督管理权。

5.《关于进一步改革完善医疗机构、医师审批工作的通知》在保障医疗质量安全的前提下，医疗机构可以委托独立设置的医学检验实验室、病理诊断中心、医学影像诊断中心、医疗消毒供应中心或者有条件的其他医疗机构提供医学检验、病理诊断、医学影像、医疗消毒供应等服务。卫生计生行政部门可以将该委托协议作为医疗机构相关诊疗科目的登记依据，并在诊疗科目后备注“协议”。城市医疗集团和县域医共体的牵头医院应当符合相应医疗机构基本标准，具备医学检验、病理诊断、医学影像、消毒供应等服务能力。除三级医院、三级妇幼保健院、急救中心、急救站、临床检验中心、中外合资合作医疗机构、港澳台独资医疗机构外，举办其他医疗机构的，卫生计生行政部门不再核发《设置医疗机构批准书》，仅在执业登记时发放《医疗机构执业许可证》。

6.《辽宁省人民政府关于赋予中国（辽宁）自由贸易试验区各片区管委会第一批省级行政职权的决定》将中外合资合作医疗机构审批下放给中国（辽宁）自由贸易试验区大连片区。

7.《中华人民共和国建设部 国家工商行政管理总局 国家税务总局 中国人民解放军总后勤部关于进一步加强军队空余房地产租赁管理工作的通知》第三条：出租军队空余房地产，必须到军队房地产管理部门办理登记注册手续，申领《军队房地产租赁许可证》，并在租赁场所明显位置悬挂。

8.《消防安全责任制实施办法》（九）卫生计生部门负责医疗卫生机构、计划生育技术服务机构审批或管理中的行业消防安全。

五、首次申请许可程序

申请人应当向审批部门提交以下申请材料：

1.《设置医疗机构申请书》；（交一份原件）

2.《可行性研究报告》一份，报告应包含以下内容：

（1）申请单位名称、基本情况以及申请人姓名、年龄、专业履历、身份证号码；（2）所在地区的人口、经济和社会发展等概况；（3）所在地区人群健康状况和疾病流行以及有关疾病患病率；（4）所在地区医疗资源分布情况以及医疗服务需求分析；（5）拟设医疗机构的名称、选址、功能、任务、服务半径；（6）拟设医疗机构的服务方式、时间、诊疗科目和床位编制；（7）拟设医疗机构的组织结构、人员配备；（8）拟设医疗机构的仪器、设备配备；（9）拟设医疗机构与服务半径区域内其他医疗机构的关系和影响；（10）拟设医疗机构的污水、污物、粪便处理方案；（11）拟设医疗机构的通讯、供电、上下水道、消防设施情况；（12）资金来源、投资方式、投资总额、注册资金（资本）；（13）拟设医疗机构的投资预算；（14）拟设医疗机构五年内的成本效益预测分析。

3.《选址报告》一份，报告应包含以下内容：

（1）选址的依据；（2）选址所在地区的环境和公用设施情况；（3）选址与周围托幼机构、中小学校、食品生产经营单位布局的关系；（4）占地和建筑面积。

4.建筑平面图；（标明建筑总面积、内部各楼层及房间的面积及比例、科室布局及名称等，交一份A4版本复印件）

5.银行出具的投资方的资信证明；（验原件，交一份复印件）

6.医疗机构土地使用、规划建设等方面的证明材料；（验原件，交一份复印件）

证明材料裁量权释义：

（1）选址为在建工程的，仅需提交《土地使用证》；

（2）选址为已建成房屋的，仅需提交《房屋（不动产）产权证明》；

（3）如为租用的，除上述要求外还需提交租用协议或意向协议。其中，租用军队房产的，还需提交《军队房地产租赁许可证》；

（4）对未取得《房屋（不动产）产权证明》的房屋，属城镇房屋的，提交房地产管理部门依法出具的房屋合法、安全的证明文件，或者购房合同及房屋销售许可证，或者《竣工验收备案凭证》，或者其他有效证明；属于非城镇房屋的，提交所在地县(含县级市、区，下同)、乡（镇）政府依法出具的房屋合法、安全的证明文件；

7.投资方的承诺书；（交一份原件）

8.如设置营利性医疗机构，除提交上述材料外，还需提交该医疗机构的营业执照;(验原件，交一份复印件)

9.由企业、其他组织等申办的，提交营业执照、事业单位法人证等。由公民个人申办的，提交身份证；（验原件，交一份复印件）

10.如由两个以上法人或者其他组织共同申请设置非营利性医疗机构以及两人以上合伙申请设置非营利性医疗机构的，除提交上述材料外，还需提交由各方共同签署的协议书；（验原件，交一份复印件）

11.委托他人代为办理的，应提交授权委托书。（交一份原件）

所有申请材料应由投资方逐页签字或盖章，材料较厚的，可加盖骑缝章。

六、许可延续程序

申请人应当向审批部门提交以下申请材料：

1.延续申请书；（申请人自行书写，至少包含未按期登记的原因及申请延续的时间）

2.委托他人代为办理的，应提交授权委托书；（交一份原件）

3.原《医疗机构设置批准书》。

七、批准书遗失补发程序

申请人应当向审批部门提交以下申请材料：

1.丢失补发申请书；（申请人自行书写）

2.委托他人代为办理的，应提交授权委托书。（交一份原件）

八、许可变更程序

变更《设置医疗机构批准书》中核准的医疗机构的类别、规模、选址和诊疗科目，必须按照规定，重新申请办理设置审批手续。

变更其他核准事项的，提交下列材料：

1.变更申请书；（申请人自行书写，至少包含变更的核准事项及原因）

2.委托他人代为办理的，应提交授权委托书；（交一份原件）

3.原《医疗机构设置批准书》。

九、申报数量限制及收费情况

无申报数量限制。不收费用。

十、办理时限：

法定时限：20个工作日

承诺时限：8个工作日

**设置医疗机构申请书**

被申请机关:大连市卫生计生委

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 设置单位（人）：此处填写投资方名称 地址：此处填写投资方地址  联系人：xx 联系方式：13500000000 | | |
| 申  请  核  定  项  目 | 类 别 康复医院（二级） | |
| 名 称 大连xx康复医院 | |
| 选 址 大连市甘井子区xx路x号 | |
| 所有制形式 全民、集体、私人、中外合资合作或其他 | |
| 经营性质 非政府办非营利性、政府办非营利性或营利性 | |
| 床位（牙椅）100张 | |
| 服务对象 社会 | |
| 诊疗科目 预防保健科、内科、外科、康复医学科、急诊科、中医科、医学检验科、医学影像科……  ※此处应按照最新修订的《医疗机构诊疗科目名录》准确填写 | |
| 投资总额800万元 | 其 他 无 |
| 提交文件目录：  此处如实填写 | | |

设置单位（人）： （章） 此处投资方签字或盖章

Xxxx年xx 月xx 日

医疗机构执业登记裁量基准

一、适用范围

本裁量基准规定了医疗机构执业登记的申请主体、许可主体、申请条件依据、不予许可条件、申请受理时间、地点、联系电话、申报数量限制及收费情况。

本裁量基准适用于申请医疗机构执业登记。

二、申请主体

大连市申请执业登记的医疗机构。

三、许可主体

市、县两级卫生计生行政部门。

四、申请条件和依据

1.《中华人民共和国行政许可法》

2.《医疗机构管理条例》（国务院令第149号）第十五条：医疗机构执业，必须进行登记，领取《医疗机构执业许可证》。

第十六条：申请医疗机构执业登记，应当具备下列条件：（一） 有设置医疗机构的批准书；（二） 符合医疗机构的基本标准；（三） 有适合的名称、组织机构和场所；（四） 有与其开展的业务相适应的经费、设施、设备和专业卫生技术人员；（五） 有相应的规章制度；（六） 能够独立承担民事责任。

第十七条：医疗机构的执业登记，由批准其设置的人民政府卫生行政部门办理。

3.《医疗机构管理条例实施细则》(卫生部令第35号)第八十九条：各级中医（药）行政管理部门依据条例和本细则以及当地医疗机构管理条例实施办法，对管辖范围内各类中医、中西医结合和民族医医疗机构行使设置审批、登记和监督管理权。

4.《关于进一步改革完善医疗机构、医师审批工作的通知》在保障医疗质量安全的前提下，医疗机构可以委托独立设置的医学检验实验室、病理诊断中心、医学影像诊断中心、医疗消毒供应中心或者有条件的其他医疗机构提供医学检验、病理诊断、医学影像、医疗消毒供应等服务。卫生计生行政部门可以将该委托协议作为医疗机构相关诊疗科目的登记依据，并在诊疗科目后备注“协议”。城市医疗集团和县域医共体的牵头医院应当符合相应医疗机构基本标准，具备医学检验、病理诊断、医学影像、消毒供应等服务能力。除三级医院、三级妇幼保健院、急救中心、急救站、临床检验中心、中外合资合作医疗机构、港澳台独资医疗机构外，举办其他医疗机构的，卫生计生行政部门不再核发《设置医疗机构批准书》，仅在执业登记时发放《医疗机构执业许可证》。

5.《中华人民共和国建设部 国家工商行政管理总局 国家税务总局 中国人民解放军总后勤部关于进一步加强军队空余房地产租赁管理工作的通知》第三条：出租军队空余房地产，必须到军队房地产管理部门办理登记注册手续，申领《军队房地产租赁许可证》，并在租赁场所明显位置悬挂。

6.《消防安全责任制实施办法》（九）卫生计生部门负责医疗卫生机构、计划生育技术服务机构审批或管理中的行业消防安全。

五、首次申请许可程序

（一）三级医院、三级妇幼保健院、急救中心、急救站、临床检验中心执业登记

1.医疗机构申请执业登记注册书；（交一份原件）

2.市卫生计生委发放的《设置医疗机构批准书》原件；

3.医疗机构用房产权证明或者使用证明；（验原件，交一份复印件，在设置阶段已经提交的，无需重复提交）

使用证明裁量权释义：

（1）如为租用房屋的，还需提交租用协议。其中，租用军队房产的，还需提交《军队房地产租赁许可证》；

（2）对未取得《房屋（不动产）产权证明》的房屋，属城镇房屋的，提交房地产管理部门依法出具的房屋合法、安全的证明文件，或者购房合同及房屋销售许可证，或者《竣工验收备案凭证》，或者其他有效证明；属于非城镇房屋的，提交所在地县(含县级市、区，下同)、乡（镇）政府依法出具的房屋合法、安全的证明文件；

4.医疗机构的《资产评估报告》；（验原件，交一份复印件）

5.医疗机构规章制度目录；（具体规章制度在现场评审时查阅、审核，交一份原件）

6.拟聘用卫生技术人员名录；（交一份原件）

7.医疗机构法定代表人或者主要负责人以及各科室负责人职称证书复印件；（交一份复印件，法定代表人或者主要负责人没有职称证的，提供身份证复印件。必要时还需提供其他卫生技术人员的相关证书复印件）

裁量权释义：

医疗机构委托独立设置的医学检验实验室、病理诊断中心、医学影像诊断中心、医疗消毒供应中心或者有条件的其他医疗机构提供相关服务的，可以提交委托协议，不用在材料6中标明相关的人员，也不用提交材料7中相关人员职称证。城市医疗集团和县域医共体的牵头医院应当符合相应医疗机构基本标准，具备医学检验、病理诊断、医学影像、消毒供应等服务能力。

8.符合公安消防部门要求的消防安全合格文件；（验原件，交一份复印件）

裁量权释义：如建筑工程消防验收意见书或建设工程竣工验收消防备案凭证等符合公安消防部门要求的文件。

9.如委托他人代为办理的，还需提交授权委托书；（交一份原件）

10.如申请登记放射诊疗项目的，还需提交《放射诊疗许可证》。（验原件，交一份复印件）

所有申请材料应由投资方逐页签字或盖章，材料较厚的，可加盖骑缝章。

（二）二级及以下医疗机构执业登记

1.医疗机构申请执业登记注册书；（交一份原件）

2.如委托他人代为办理的，提交授权委托书；（交一份原件）

3.医疗机构用房产权证明或者使用证明；（验原件，交一份复印件）

使用证明裁量权释义：

（1）如为租用房屋的，还需提交租用协议。其中，租用军队房产的，还需提交《军队房地产租赁许可证》；

（2）对未取得《房屋（不动产）产权证明》的房屋，属城镇房屋的，提交房地产管理部门依法出具的房屋合法、安全的证明文件，或者购房合同及房屋销售许可证，或者《竣工验收备案凭证》，或者其他有效证明；属于非城镇房屋的，提交所在地县(含县级市、区，下同)、乡（镇）政府依法出具的房屋合法、安全的证明文件；

4.建筑平面图复印件；（标明建筑总面积、内部各楼层及房间的面积及比例、科室名称及布局等，交一份复印件）

5.医疗机构的《资产评估报告》；（验原件，交一份复印件）

6.医疗机构规章制度目录；（具体规章制度及规范在现场评审时查阅、审核，交一份原件）

7.拟聘用卫生技术人员名录；（交一份原件，表格附件中可下载）

8.医疗机构法定代表人或者主要负责人以及各科室负责人职称证书复印件；（交一份复印件，法定代表人或者主要负责人没有职称证的，提供身份证复印件。必要时还需提供其他卫生技术人员的相关证书复印件）

裁量权释义：医疗机构委托独立设置的医学检验实验室、病理诊断中心、医学影像诊断中心、医疗消毒供应中心或者有条件的其他医疗机构提供相关服务的，可以提交委托协议，不用在材料6中标明相关的人员，也不用提交材料7中相关人员职称证。城市医疗集团和县域医共体的牵头医院应当符合相应医疗机构基本标准，具备医学检验、病理诊断、医学影像、消毒供应等服务能力。

9.符合公安消防部门要求的消防安全合格文件；（验原件，交一份复印件）

裁量权释义：如建筑工程消防验收意见书或建设工程竣工验收消防备案凭证等。

10.投资方的承诺书；（交一份原件）

11.投资方能独立承担民事责任的文件；（验原件，交一份复印件）

裁量权释义：由企业、其他组织等申办的，提交营业执照、事业单位法人证等。由公民个人申办的，提交身份证。

12.如设置营利性医疗机构，除提交上述材料外，还需提交该医疗机构的营业执照；(验原件，交一份复印件)

13.如由两个以上法人或者其他组织共同申请设置非营利性医疗机构以及两人以上合伙申请设置非营利性医疗机构的，除提交上述材料外，还需提交由各方共同签署的协议书；（验原件，交一份复印件）

14.如申请登记放射诊疗项目的，还需提交《放射诊疗许可证》；（验原件，交一份复印件）

15.如申请门诊部、诊所、卫生所、医务室、卫生保健所和卫生站登记的，还应当提交附设药房（柜）的药品种类清单。

六、许可变更程序

（一）医疗机构变更名称登记

1.医疗机构申请变更登记注册书；(一份)

2.医疗机构执业许可证副本原件；

3.如有上级主管单位的，提交上级主管单位对名称变更的批准文件；(验原件，交复印件)

4.非法定代表人办理需提供授权委托书；(一份)

5.营利性医疗机构除提交上述材料外还需提交营业执照。(验原件，交一份复印件)

（二）医疗机构变更地址/变更延伸点登记

1.医疗机构申请变更登记注册书；(一份)

2.医疗机构执业许可证副本原件；

3.医疗机构用房产权证明或者使用证明；(验原件，交一份复印件，具体释义同第一条目)

4.建筑平面图复印件；(一份，标明建筑总面积、内部各楼层及房间的面积及比例、科室布局等)

5.建筑方位图复印件；(一份，标明地理位置、周边建筑等)

6.消防安全合格相关证明文件；（验原件，交一份复印件，具体释义同第一条目）

7.非法定代表人办理需提供授权委托书；(一份)

8.营利性医疗机构除提交上述材料外还需提交营业执照。(验原件，交一份复印件)

裁量权释义：若门牌号发生变更，但实际执业地点未变更，仅需提供本条目1+2+7+8材料及地名办相关批准文件。申请设立延伸点的，应明确延伸点的地址、诊疗科目及床位数。

（三）医疗机构变更法定代表人(主要负责人)登记

1.医疗机构申请变更登记注册书；(一份)

2.医疗机构执业许可证副本原件；

3.如有上级主管单位的，提交上级主管单位出具的法定代表人(主要负责人)任命文件；(验原件，交复印件)

4.非法定代表人办理需提供授权委托书；(一份)

5.营利性医疗机构除提交上述材料外还需提交营业执照。(验原件，交一份复印件)

（四）医疗机构变更诊疗科目登记

1.医疗机构申请变更登记注册书；(一份)

2.医疗机构执业许可证副本原件；

3.拟聘用卫生技术人员名录；(交一份原件)

4.科室负责人职称证书复印件；(一份，加盖公章，必要时还需提供其他卫生技术人员的资质证书复印件)

5.建筑平面图复印件；(一份，标明建筑总面积、内部各楼层及房间的面积及比例、科室布局等)

6.非法定代表人办理需提供授权委托书；

7.营利性医疗机构除提交上述材料外还需提交营业执照。(验原件，交一份复印件)

裁量权释义：符合医师、护士注册或变更注册条件的，应先完成注册或变更注册。委托独立设置的医学检验实验室、病理诊断中心、医学影像诊断中心或者有条件的其他医疗机构提供相关服务的，需提交委托协议。但城市医疗集团和县域医共体的牵头医院应当符合相应医疗机构基本标准，具备医学检验、病理诊断、医学影像、消毒供应等服务能力。

（五）医疗机构变更床位（牙椅）数登记

1.医疗机构申请变更登记注册书；(一份)

2.医疗机构执业许可证副本原件；

3.医疗机构的房屋所有权证或房屋所有权证明；(验原件，交复印件，具体释义同第一条目)

4.建筑平面图复印件；(一份，标明建筑总面积、内部各楼层及房间的面积及比例、科室布局、新增加床位所在位置等)

5.卫生技术人员名录；(交一份原件，按西医医师、中医医师、中药药师、西药药师、护理和技师6个类别分别列出，加盖公章)

6.科室负责人职称证书复印件；(一份复印件加盖公章，必要时还需提供其他卫生技术人员的资质证书复印件)

7.非法定代表人办理需提供授权委托书；

8.营利性医疗机构除提交上述材料外还需提交营业执照；(验原件，交一份复印件)

9.床位分布情况报告。(按原有、新增床位分别列出床位的分布情况)

（六）医疗机构血液透析室或变更血液透析机数量登记

1.医疗机构申请变更登记注册书；(一份)

2.医疗机构执业许可证副本原件；

3.血液透析室功能区建筑平面图； (一份)

4.血液透析室仪器设备清单； (一份)

5.血液透析室工作制度目录； (具体规章制度及规范在现场评审时查阅、审核，一份原件加盖公章)

6.卫生技术人员名录；(交一份原件，按医师、护理和水处理技师3个类别分别列出，加盖公章)

7.科室负责人职称证书、培训证书复印件；(一份复印件加盖公章，必要时还需提供其他卫生技术人员的资质证书复印件)

8.非法定代表人办理需提供授权委托书；(一份)

9.营利性医疗机构除提交上述材料外还需提交营业执照。(验原件，交一份复印件)

（七）医疗机构变更所有制形式登记

1.医疗机构申请变更登记注册书；(一份)

2.医疗机构执业许可证副本原件；

3.非法定代表人办理需提供授权委托书；(一份)

4.如为营利性医疗机构的，还需提交医疗机构的营业执照及变更核准通知书。(验原件，交一份复印件)

（八）医疗机构变更服务对象、服务方式登记

1.医疗机构申请变更登记注册书；(一份)

2.医疗机构执业许可证副本原件；

3.非法定代表人办理需提供授权委托书；(一份)

4.营利性医疗机构除提交上述材料外还需提交营业执照。(验原件，交一份复印件)

（九）医疗机构变更类别登记

1.医疗机构申请变更登记注册书；(一份)

2.医疗机构执业许可证副本原件；

3.医疗机构用房产权证明或者使用证明；(验原件，交一份复印件，具体释义同第一条目)

4.建筑平面图复印件；(标明建筑总面积、内部各楼层及房间的面积及比例、科室名称及布局等，一份加盖公章)

5.医疗机构规章制度及技术操作规范目录；(具体规章制度及规范在现场评审时查阅、审核，一份，加盖公章)

6.拟聘用卫生技术人员名录；(交一份原件，加盖公章)

7.医疗机构法定代表人或者主要负责人以及各科室负责人职称证书复印件；(一份复印件加盖公章，必要时还需提供其他卫生技术人员的资质证书复印件)

8.非法定代表人办理需提供授权委托书；(一份)

9.营利性医疗机构除提交上述材料外还需提交营业执照。(验原件，交一份复印件)

七、许可注销程序

申请人应当向审批部门提交以下申请材料：

1.医疗机构申请注销登记注册书；（一份）

2.医疗机构正副本原件。

八、申报数量限制及收费情况

无申报数量限制。不收费用。

九、办理时限：

法定时限：20个工作日

承诺时限：8个工作日

**医疗机构申请执业登记注册书**

设置单位 此处写投资方签字或盖章 （章）

组建负责人 xxx （章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

登 记 号

（此处不用填写，由卫生计生行政部门填写）

申请日期 xxxx年 xx月 x日

批准文号 字（ ）第 号

（此处不用填写，由卫生计生行政部门填写）

医 疗 机 构 简 况

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称大连xx医院 | | | | | | | | | | 开业日期 年 月 |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   登记号 | | | | | | | | | | |
| 所有制形式 (1)全民 (2)集体 (3)私人 (4)中外合资合作 (5)其它 | | | | | | | | | | |
| 隶 属关 系 | | (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(4)省辖市区、地辖市属 (5)县(旗)属(6)街道办事处属 (7)乡(镇)属(8)村属 (9)其他 | | | | | | | | |
| 主管单位名称：根据实际情况填写 | | | | | | | | | | |
| 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：大连市甘井子区xxx路xx号 | | | | | | | | | | |
| 电话 xxxxxxxx | | | | 传真 XXXXXXXX | | | | | 邮政编码   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 1 | 1 | 6 | 0 | 9 | 2 | | |
| 法定代表人 | 姓名 张三 性别√男□女 | | | | 主要负责人 | | 姓名 李四 性别√男□女 | | | |
| 出生年月 1980.1 专业 临床 | | | | 出生年月 1982.2 专业 管理 | | | |
| 职务 董事长 职称 主治 | | | | 职务 院长 职称 主治 | | | |
| 最高学历 本科 | | | | 最高学历 专科 | | | |
| 占地 面积 5960 m2 | | | 建筑  面积 10000 m2 | | | | | 建筑面积中  业务用房方面 8500 m2 | | |
| 资金总计 7840万元 | | | 固定资金 7040 万元 | | | | | 流动资金 800 万元 | | |
| 服务方式 🗹门诊 □急诊 🗹住院 □家庭病房 □巡诊 □其他 | | | | | | | | | | |
| 床位数 150张 | | | | | | 牙科诊椅数 2台 | | | | |
| 备注 | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构医疗科目申请表 请在□中划“√” | | | | | | |
| 代码 | 诊疗科目 | 备注 |  | 代码 | 诊疗科目 | 备注 |
| 🗹01. | **预防保健科** |  |  | □05.04 | 优生学专业 |  |
| □02. | **全科医疗科** |  |  | □05.05 | 生育健康与不育症专业 |  |
| 🗹03 | **内科** |  |  | □05.06 | 其他 |  |
| 🗹03.01 | 呼吸内科专业 |  |  |  |  |  |
| 🗹03.02 | 消化内科专业 |  |  | □06. | **妇女保健科** |  |
| 🗹03.03 | 神经内科专业 |  |  | □06.01 | 青春期保健科 |  |
| 🗹03.04 | 心血管内科专业 |  |  | □06.02 | 围产期保健科 |  |
| □03.05 | 血液内科专业 |  |  | □06.03 | 更年期保健科 |  |
| □03.06 | 肾病学专业 |  |  | □06.04 | 妇女心理卫生专业 |  |
| □03.07 | 内分泌专业 |  |  | □06.05 | 妇女营养卫生专业 |  |
| □03.08 | 免疫学专业 |  |  | □06.06 | 其他 |  |
| □03.09 | 变态反应专业 |  |  |  |  |  |
| 🗹03.10 | 老年病专业 |  |  | 🗹07. | **儿科** |  |
| □03.11 | 其他 |  |  | □07.01 | 新生儿专业 |  |
|  |  |  |  | □07.02 | 小儿传染病专业 |  |
| 🗹04. | **外科** |  |  | □07.03 | 小儿消化专业 |  |
| 🗹04.01 | 普通外科专业 |  |  | □07.04 | 小儿呼吸专业 |  |
| □04.01.01 | 肝脏移植项目 |  |  | □07.05 | 小儿心脏病专业 |  |
| □04.01.02 | 胰腺移植项目 |  |  | □07.06 | 小儿肾病专业 |  |
| □04.01.03 | 小肠移植项目 |  |  | □07.07 | 小儿血液病专业 |  |
| □04.02 | 神经外科专业 |  |  | □07.08 | 小儿神经病学专业 |  |
| □04.03 | 骨科专业 |  |  | □07.09 | 小儿内分泌专业 |  |
| □04.04 | 泌尿外科专业 |  |  | □07.10 | 小儿遗传病专业 |  |
| □04.04.01 | 肾脏移植项目 |  |  | □07.11 | 小儿免疫专业 |  |
| □04.05 | 胸外科专业 |  |  | □07.12 | 其他 |  |
| □04.05.01 | 肺脏移植项目 |  |  |  |  |  |
| □04.06 | 心脏大血管外科专业 |  |  | □08. | **小儿外科** |  |
| □04.06.01 | 心脏移植项目 |  |  | □08.01 | 小而普通外科专业 |  |
| □04.07 | 烧伤科专业 |  |  | □08.02 | 小儿骨科专业 |  |
| □04.08 | 整形外科专业 |  |  | □08.03 | 小儿泌尿外科专业 |  |
| □04.09 | 其他 |  |  | □08.04 | 小儿胸心外科专业 |  |
|  |  |  |  | □08.05 | 小儿神经外科专业 |  |
| 🗹05. | **妇产科** |  |  | □08.06 | 其他 |  |
| 🗹05.01 | 妇科专业 |  |  |  |  |  |
| □05.02 | 产科专业 |  |  | □09. | **儿科保健科** |  |
| □05.03 | 计划生育专业 |  |  | □09.01 | 儿童生长发育专业 |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构医疗科目申请表 请在□中划“√” | | | | | | |
| 代码 | 诊疗科目 | 备注 |  | 代码 | 诊疗科目 | 备注 |
| □09.02 | 儿童营养专业 |  |  | □15. | **精神科** |  |
| □09.03 | 儿童心理卫生专业 |  |  | □15.01 | 精神病专业 |  |
| □09.04 | 儿童五官保健专业 |  |  | □15.02 | 精神卫生专业 |  |
| □09.05 | 儿童康复专业 |  |  | □15.03 | 药物依赖专业 |  |
| □09.06 | 其他 |  |  | □15.04 | 精神康复专业 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 🗹10. | **眼科** |  |  | □15.05 | 社区防治专业 |  |
|  |  |  |  | □15.06 | 临床心理专业 |  |
| 🗹11. | **耳鼻咽喉科** |  |  | □15.07 | 司法精神专业 |  |
| □11.01 | 耳科专业 |  |  | □15.08 | 其他 |  |
| □11.02 | 鼻科专业 |  |  |  |  |  |
| □11.03 | 咽喉科专业 |  |  | □16. | **传染科** |  |
| □11.04 | 其他 |  |  | □16.01 | 肠道传染病专业 |  |
|  |  |  |  | □16.02 | 呼吸到传染病专业 |  |
| 🗹12. | **口腔科** |  |  | □16.03 | 肝炎专业 |  |
| 🗹12.01 | 牙体牙髓病专业 |  |  | □16.04 | 虫媒传染病专业 |  |
| 🗹12.02 | 牙周病专业 |  |  | □16.05 | 动物源性传染病专业 |  |
| 🗹12.03 | 口腔粘膜病专业 |  |  | □16.06 | 蠕虫病专业 |  |
| □12.04 | 儿童口腔专业 |  |  | □16.07 | 其他 |  |
| □12.05 | 口腔颌面外科专业 |  |  |  |  |  |
| □12.06 | 口腔修复专业 |  |  | □17. | **结核病科** |  |
| □12.07 | 口腔正畸专业 |  |  |  |  |  |
| □12.08 | 口腔种植专业 |  |  | □18. | **地方病科** |  |
| □12.09 | 口腔麻醉专业 |  |  |  |  |  |
| □12.10 | 口腔颌面医学影像专业 |  |  | □19. | **肿瘤科** |  |
| □12.11 | 口腔病理专业 |  |  |  |  |  |
| □12.12 | 预防口腔专业 |  |  | 🗹20. | **急诊医学科** |  |
| □12.13 | 其他 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | □21. | **康复医学科** |  |
| 🗹13. | **皮肤科** |  |  |  |  |  |
| 🗹13.01 | 皮肤病专业 |  |  | □22. | **运动医学科** |  |
| □13.02 | 性传播疾病专业 |  |  |  |  |  |
| □13.03 | 其他 |  |  | □23. | **职业病科** |  |
|  |  |  |  | □23.01 | 职业中毒专业 |  |
| □14. | **医疗美容科** |  |  | □23.02 | 尘肺专业 |  |
| □14.01 | 美容外科 |  |  | □23.03 | 放射病专业 |  |
| □14.02 | 美容牙科 |  |  | □23.04 | 物理因素损伤专业 |  |
| □14.03 | 美容皮肤科 |  |  | □23.05 | 职业健康监护专业 |  |
| □14.04 | 美容中医科 |  |  | □23.06 | 其他 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构医疗科目申请表 请在□中划“√” | | | | | | |
| 代码 | 诊疗科目 | 备注 |  | 代码 | 诊疗科目 | 备注 |
| □24. | **临终关怀科** |  |  | 🗹50. | **中医科** |  |
|  |  |  |  | 🗹50.01 | 内科专业 |  |
| □25. | **特种医学与军事科学科** |  |  | □50.02 | 外科专业 |  |
|  |  |  |  | □50.03 | 妇产科专业 |  |
| 🗹26. | **麻醉科** |  |  | □50.04 | 儿科专业 |  |
|  |  |  |  | □50.05 | 皮肤科专业 |  |
| □27. | **疼痛科** |  |  | □50.06 | 眼科专业 |  |
|  |  |  |  | □50.07 | 耳鼻咽喉科专业 |  |
| □28. | **重症医学科** |  |  | □50.08 | 口腔科专业 |  |
|  |  |  |  | □50.09 | 肿瘤科专业 |  |
| 🗹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 | 临床化学检验专业 |  |  | □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 |  |
| □30.05 | 临床细胞分子遗传学专业 |  |  | □50.15 | 康复医学专业 |  |
| □30.06 | 其他 |  |  | □50.16 | 急诊科专业 |  |
|  |  |  |  | □50.17 | 预防保健科专业 |  |
| □31. | **病理科** |  |  | □50.18 | 其他 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 🗹32. | **医学影像科** |  |  | □51. | **民族医学科** |  |
| 🗹32.01 | X线诊断专业 |  |  | □51.01 | 维吾尔医学 |  |
| □32.02 | CT诊断专业 |  |  | □51.02 | 藏医学 |  |
| □32.03 | 磁共振成像诊断专业 |  |  | □51.03 | 蒙医学 |  |
| □32.04 | 核医学专业 |  |  | □51.04 | 彝医学 |  |
| 🗹32.05 | 超声诊断专业 |  |  | □51.05 | 傣医学 |  |
| 🗹32.06 | 心电诊断专业 |  |  | □51.06 | 其他 |  |
| □32.07 | 脑电及脑血流图诊断专业 |  |  |  |  |  |
| □32.08 | 神经肌肉电图专业 |  |  | □52. | **中西医结合科** |  |
| □32.09 | 介入放射学专业 |  |  |  |  |  |
| □32.10 | 放射治疗专业 |  |  |  |  |  |
| □32.11 | 其他 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 人 员 情 况 （一） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 职工  总数：660 | | | 其中卫生  技术人员数：550 | | | | | 其他技术  人员数：98 | | | | 行政后勤  人员数：12 | | | | | |
| 中医  医生 | | 主任中医师 | | | 副主任中医师 | | | 主治中医师 | | | 住院中医师 | | | | 中医士 | |  |
| X | | | X | | | X | | |  | | | |  | |  |
| 西医医生 | | 主任西医师 | | | 副主任西医师 | | | 主治西医师 | | | 住院西医师 | | | | 西医士 | |  |
| X | | | X | | | X | | | X | | | |  | |  |
| 中药人员 | | 主任中药师 | | | 副主任中药师 | | | 主管中药师 | | | 中药剂师 | | | | 中药剂士 | |  |
|  | | |  | | | X | | |  | | | |  | |  |
| 西药人员 | | 主任西药师 | | | 副主任西药师 | | | 主管西药师 | | | 西药剂师 | | | | 西药剂士 | |  |
|  | | |  | | | X | | | X | | | |  | |  |
| 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 | |  |
|  | | |  | | |  | | | X | | | |  | |  |
| 护理人员 | | 主任护师 | | | 副主任护师 | | | 主管护师 | | | 护 师 | | | | 护 士 | | 护理员 |
|  | | |  | | | X | | | X | | | | X | |  |
| 放射技术人员 | | 主任技师 | | | 副主任技师 | | | 主管技师 | | | 技师 | | | | 技士 | |  |
|  | | |  | | |  | | |  | | | |  | |  |
| 口腔技术人员 | | 主任技师 | | | 副主任技师 | | | 主管技师 | | | 技师 | | | | 技士 | |  |
|  | | |  | | |  | | |  | | | |  | |  |
| 其他卫技人员 | | 中西医结合医师 | | | 其他技师 | | | 其中：  营养师 | | | 助产士 | | | | 其他技士 | |  |
|  | | |  | | |  | | |  | | | |  | |  |
| 其他中医 | | | 其他初级卫技人员 | | | 其中：  中医学徒 | | | 一技之长 | | | |  | |  |
|  | | |  | | |  | | |  | | | |  | |  |
| 研究人员 | | 研究员 | | | 副研究员 | | | 助理研究员 | | | 实习研究员 | | | |  | |  |
|  | | |  | | |  | | |  | | | |  | |  |
| 教学人员 | | 教授 | | | 副教授 | | | 讲师 | | | 助教 | | | |  | |  |
|  | | |  | | |  | | |  | | | |  | |  |
| 人 员 情 况 （二） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 管  理  人  员 | 主任中医师 | | | 副主任中医师 | | | 主治中医师 | | | 中医师 | | | 中 医 士 | | |  | |
|  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |
| 主任西医师 | | | 副主任西医师 | | | 主治西医师 | | | 住院西医师 | | | 西 医 士 | | |  | |
|  | | |  | | | X | | |  | | |  | | |  | |
| 主任中药师 | | | 副主任中药师 | | | 主管中药师 | | | 中药剂师 | | | 中药士 | | |  | |
|  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |
| 主任西药师 | | | 副主任西药师 | | | 主管西药师 | | | 西药剂师 | | | 西药士 | | |  | |
|  | | |  | | | X | | |  | | |  | | |  | |
| 主任护师 | | | 副主任护师 | | | 主管护师 | | | 护 师 | | | 护 士 | | |  | |
|  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |
| 主任技师 | | | 副主任技师 | | | 主管技师 | | | 技师 | | | 技士 | | |  | |
|  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |
| 其他技术人员 | | | | | 其 中： 高 级 | | | 中 级 | | | | | 初 级 | | | |
|  | | | | |  | | |  | | | | |  | | | |
| 无职称人员 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 工程卫技人员 | 高级工程师 | | | 工程师 | | | 助理工程师 | | | 技术员 | | |  | | |  | |
|  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |
| 财会人员 | 高级会计师 | | | 会计师 | | | 助理会计师 | | | 会计员 | | |  | | |  | |
|  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |
| 其他人员 | 高级职称： | | | | | | | | | 中 级 职 称： | | | | | | | |
| 工 人： | | | | | | | | | 康复治疗人员： | | | | | | | |
| 乡村医生： | | | | | | | | | | 村卫生员： | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 仪 器 设 备 情 况 | | | | |
|  | 名 称 | 数 量 | 名 称 | 数 量 |
| 大  型  仪  器  设  备 | (1)伽玛刀 |  | (10)γ－照相机 |  |
| (2)核磁共振成像仪 |  | (11)体外循环机 |  |
| (3)全身CT |  | (12)腹腔镜（手术用） |  |
| (4)头部CT |  | (13)碎石机 |  |
| (5)钴­­—60治疗机 |  | (14)彩色多普勒成像仪 | 1 |
| (6)加速器 |  | (15)自动化分析仪（10万元以上） |  |
| (7)500m AX光机 | 1 | (16)血液透析机 |  |
| (8)800m AX光机 | 1 | (17)环氧乙烷消毒设备 |  |
| (9)1000m AX以上光机 |  |  |  |
| 普  通  设  备 |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 提交文件、证件和上级主管部门意见 | |
| 申请执业  登记提交  的文件、  证 件 | 如实填写申报的所有材料  本单位承诺申请材料均真实、合法、有效，复印件和原件一致，与实际情况相符。如有不实之处，我单位愿负相应法律责任，并承担由此造成的一切后果。  医疗机构印章 |
| 上级主管  部门签署  意见 | 年 月 日 （章） |

医疗机构申请变更登记注册书

医疗机构名称 大连xx医院 （章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| P | D | Y | 5 | 6 | 8 | 7 | 2 | 2 | 2 | 1 | 0 | 2 | 2 | 2 | 1 | 7 | A | 1 | 0 | 0 | 1 |

登记号

法定代表人 （章）

（主要负责人）xxx

申 请 日 期 XXXX年 XX月 XX日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （一）申请变更登记情况 | | | |
| 项 目 | 原核准登记事项 | | 申请变更登记事项 |
| 名 称 | 大连xx医院 | | —————— |
| 地 址 | 大连市沙河口区XX路36-1号 | | 大连市甘井子区X路1号 |
| 法定代表人 | XX | | —————— |
| 主要负责人 | XX | | —————— |
| 所有制形式 | 其他 | | —————— |
| 服 务 对 象 | 社会 | | —————— |
| 服 务 方 式 | 门诊、住院 | | —————— |
| 注 册 资 金  （万元 ） | 合计：5600万 | | 合计：—————— |
| 固定5000万  资金 | | 固定——————  资金 |
| 流动600万  资金 | | 流动——————  资金 |
| 诊 疗 科 目 | 内科、外科（普外专业）、妇科专业、儿科、眼科（限于门诊）、医学影像科、医学检验科。 | | 增设康复医学科 |
| 床 位  (牙 椅) | 200张 | | —————— |
| 备 注 |  | |  |
| （二）提交文件、证件及上级主管部门意见 | | | |
| 申请变更登记  提交文件、证件 | | 本单位承诺所有申请材料均真实、合法、有效，复印件和原件一致，与实际情况相符。如有不实之处，我单位愿负相应法律责任，并承担由此造成的一切后果。  申请单位盖章 | |
| 申请变更  登记理由 | | 诊疗业务发展需要  法定代表人  （主要负责人）签字：xx xxxx年xx 月 xx日 | |
| 医疗机构地址：大连市XX区XX路36-1号  邮编： 116092 联系人： xx 电话：xxxxxxxxxxx | | | |
| 上级主管  部门签署  意见 | | Xxxx 年 xx 月 xx 日 （章） | |

医疗机构申请注销登记注册书

医疗机构名称 大连XX医院

登 记 号

法 定 代 表 人 张三 (章)

申请日期 xx 年 xx 月 xx 日

中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会制

（一） 主要事项登记

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 | 大连市xx医院 |
| 地址 | 大连市甘井子区xx路xx号 |
| 所有制形式 | 其他 |
| 登记号 | |
| 开户银行 | 兴业银行 |
| 开户银行帐号 | Xxxxxxxx |
| 医疗机构  申请注销  登记理由 | 法定代表人（负责人）签字：  Xx 年x 月x 日 |
| 上级  主管  部门  意见 | Xx 年 x 月 x 日（章） |

（二）提交文件、证件

|  |  |
| --- | --- |
| 办 理  注 销  登 记  提 交  文 件  证 件 |  |
| 医 疗  机 构  送 交  许可证  副 本  公 章  情 况 | 登记号：□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ |
| 印模：              送件人签字： 收件人签字：  年 月 日 |
| 备 注 |  |

设置戒毒医疗机构或者医疗机构

从事戒毒治疗业务许可裁量基准

一、适用范围

本裁量基准规定了设置戒毒医疗机构或者医疗机构从事戒毒治疗业务许可的申请主体、许可主体、申请条件依据、不予许可条件、申请受理时间、地点、联系电话、申报数量限制及收费情况。

本裁量基准适用于申请设置戒毒医疗机构或者医疗机构从事戒毒治疗业务许可。

二、申请主体

大连市申请设置戒毒医疗机构的单位或者从事戒毒治疗业务的医疗机构。

三、许可主体

市级卫生计生行政部门。

四、申请条件和依据

1.《中华人民共和国行政许可法》

2.《医疗机构管理条例》（国务院令第149号）第九条：单位或者个人设置医疗机构，必须经县级以上地方人民政府卫生行政部门审查批准，并取得设置医疗机构批准书，方可向有关部门办理其他手续。

3.《医疗机构管理条例实施细则》(卫生部令第35号)第八十九条：各级中医（药）行政管理部门依据条例和本细则以及当地医疗机构管理条例实施办法，对管辖范围内各类中医、中西医结合和民族医医疗机构行使设置审批、登记和监督管理权。

4.《中华人民共和国建设部 国家工商行政管理总局 国家税务总局 中国人民解放军总后勤部关于进一步加强军队空余房地产租赁管理工作的通知》第三条：出租军队空余房地产，必须到军队房地产管理部门办理登记注册手续，申领《军队房地产租赁许可证》，并在租赁场所明显位置悬挂。

5.《消防安全责任制实施办法》（九）卫生计生部门负责医疗卫生机构、计划生育技术服务机构审批或管理中的行业消防安全。

6.《戒毒医疗服务管理暂行办法》第七条：申请设置戒毒医院的，应当按照《医疗机构管理条例》、《医疗机构管理条例实施细则》及本办法的有关规定报省级卫生行政部门批准。其他医疗机构开展戒毒医疗服务的，经执业登记机关审核同意后逐级报省级卫生行政部门批准。

7.《辽宁省人民政府关于取消调整一批行政职权事项的决定》（辽政发〔2015〕21号）附件1，第149项：设置戒毒医疗机构或者医疗机构从事戒毒治疗业务许可。

五、首次申请许可程序

申请人应当向审批部门提交以下申请材料：

1.《设置医疗机构申请书》；（交一份原件）

2.《可行性研究报告》一份，报告应包含以下内容：

（1）申请单位名称、基本情况以及申请人姓名、年龄、专业履历、身份证号码；（2）所在地区的人口、经济和社会发展等概况；（3）所在地区人群健康状况和疾病流行以及有关疾病患病率；（4）所在地区医疗资源分布情况以及医疗服务需求分析；（5）拟设医疗机构的名称、选址、功能、任务、服务半径；（6）拟设医疗机构的服务方式、时间、诊疗科目和床位编制；（7）拟设医疗机构的组织结构、人员配备；（8）拟设医疗机构的仪器、设备配备；（9）拟设医疗机构与服务半径区域内其他医疗机构的关系和影响；（10）拟设医疗机构的污水、污物、粪便处理方案；（11）拟设医疗机构的通讯、供电、上下水道、消防设施情况；（12）资金来源、投资方式、投资总额、注册资金（资本）；（13）拟设医疗机构的投资预算；（14）拟设医疗机构五年内的成本效益预测分析。

3.《选址报告》一份，报告应包含以下内容：

（1）选址的依据；（2）选址所在地区的环境和公用设施情况；（3）选址与周围托幼机构、中小学校、食品生产经营单位布局的关系；（4）占地和建筑面积。

4.建筑平面图；（标明建筑总面积、内部各楼层及房间的面积及比例、科室布局及名称等，交一份A4版本复印件）

5.银行出具的投资方的资信证明；（验原件，交一份复印件）

6.医疗机构土地使用、规划建设等方面的证明材料；（验原件，交一份复印件）

证明材料裁量权释义：

（1）选址为在建工程的，仅需提交《土地使用证》；

（2）选址为已建成房屋的，仅需提交《房屋（不动产）产权证明》；

（3）如为租用的，除上述要求外还需提交租用协议或意向协议。其中，租用军队房产的，还需提交《军队房地产租赁许可证》；

（4）对未取得《房屋（不动产）产权证明》的房屋，属城镇房屋的，提交房地产管理部门依法出具的房屋合法、安全的证明文件，或者购房合同及房屋销售许可证，或者《竣工验收备案凭证》，或者其他有效证明；属于非城镇房屋的，提交所在地县(含县级市、区，下同)、乡（镇）政府依法出具的房屋合法、安全的证明文件；

7.投资方的承诺书；（交一份原件）

8.如设置营利性医疗机构，除提交上述材料外，还需提交该医疗机构的营业执照;(验原件，交一份复印件)

9.如由个人申办的，除提交上述材料外，还需提交申请人身份证；（验原件，交一份复印件）

10.如由两个以上法人或者其他组织共同申请设置非营利性医疗机构以及两人以上合伙申请设置非营利性医疗机构的，除提交上述材料外，还需提交由各方共同签署的协议书；（验原件，交一份复印件）

11.委托他人代为办理的，应提交授权委托书。（交一份原件）

所有申请材料应由投资方逐页签字或盖章，材料较厚的，可加盖骑缝章。

六、许可变更程序

变更《设置医疗机构批准书》中核准的医疗机构的类别、规模、选址和诊疗科目，必须按照规定，重新申请办理设置审批手续。

变更其他核准事项的，提交下列材料：

1.变更申请书；（申请人自行书写，至少包含变更的核准事项及原因）

2.委托他人代为办理的，应提交授权委托书；（交一份原件）

3.原《医疗机构设置批准书》。

七、批准书延续程序

申请人应当向审批部门提交以下申请材料：

1.延续申请书；（申请人自行书写，至少包含未按期登记的原因及申请延续的时间）

2.委托他人代为办理的，应提交授权委托书；（交一份原件）

3.原《医疗机构设置批准书》。

八、批准书遗失补发程序

申请人应当向审批部门提交以下申请材料：

1.丢失补发申请书；（申请人自行书写）

2.委托他人代为办理的，应提交授权委托书。（交一份原件）

九、申报数量限制及收费情况

无申报数量限制。不收费用。

十、办理时限：

法定时限：20个工作日

承诺时限：8个工作日

**设置医疗机构申请书**

被申请机关:大连市卫生计生委

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 设置单位（人）：此处填写投资方名称 地址：此处填写投资方地址  联系人：xx 联系方式：13500000000 | | |
| 申  请  核  定  项  目 | 类 别 康复医院（二级） | |
| 名 称 大连xx康复医院 | |
| 选 址 大连市甘井子区xx路x号 | |
| 所有制形式 全民、集体、私人、中外合资合作或其他 | |
| 经营性质 非政府办非营利性、政府办非营利性或营利性 | |
| 床位（牙椅）100张 | |
| 服务对象 社会 | |
| 诊疗科目 预防保健科、内科、外科、康复医学科、急诊科、中医科、医学检验科、医学影像科……  ※此处应按照最新修订的**《医疗机构诊疗科目名录》**准确填写 | |
| 投资总额800万元 | 其 他 无 |
| 提交文件目录：  此处如实填写 | | |

设置单位（人）： （章） 此处投资方签字或盖章

Xxxx年xx 月xx 日

人体器官移植医师执业资格认定裁量基准

一、适用范围

本裁量基准规定了人体器官移植医师职业资格认定的申请主体、许可主体、申请条件依据、许可申请、变更、注销程序、申报数量限制及收费情况。

本裁量基准适用于申请人体器官移植医师职业资格认定。

二、申请主体

大连市人体器官移植医师。

三、许可主体

市级卫生计生行政部门。

四、申请条件和依据

1.《卫生部办公厅关于对人体器官移植技术临床应用规划及拟批准开展人体器官移植医疗机构和医师开展审定工作的通知》(二)医师。1．执业类别为临床医师，执业范围为外科，执业地点为三级甲等医院；2．从事本专业临床工作15年以上，具有副主任医师以上专业技术职务任职资格；3．职业道德高尚，身体健康，能胜任本职工作；4．作为人体器官移植手术术者，近3年未发生二级以上与人体器官移植相关的医疗事故；5．申请肝脏移植医师执业资格认定的，近3年作为术者完成肝脏移植手术50例以上；申请肾脏移植医师执业资格认定的，累计完成肾脏移植手术50例以上；申请心脏移植医师执业资格认定的，近3年作为术者完成心脏移植手术10例以上；申请肺脏移植医师执业资格认定的，近3年作为术者完成肺脏移植手术10例以上；6．无违反医疗卫生管理相关法律、法规、规章及相关规定的行为。

2.《国务院关于取消和调整一批行政审批项目等事项的决定》附件1，第25项，人体器官移植医师执业资格认定，下放至省级人民政府卫生计生行政主管部门。

3.《辽宁省人民政府关于取消和下放一批行政审批项目的决定》(辽政发〔2014〕30号)

五、首次申请许可程序

1.医疗机构申请书（包括医疗机构基本情况介绍、符合卫计委人体器官移植技术管理规范规定的、与开展的人体器官移植相适应的设备、设施建设情况说明；有人体器官移植技术临床应用与伦理委员会建设情况说明；技术规范和管理制度完善情况介绍；拟申请人体器官移植的执业医师资格认定的人员名单及其专业履历近3年作为术者完成某器官移植例数、人体器官移植手术成功率、植入的人体器官的患者术后1年、3年、5年成活率，职业道德、身体情况，作为人体器官移植手术术者，近3年未发生二级以上与人体器官移植相关的医疗事故、有无违反法律法规等情况证明等）

2.医疗机构执业许可证副本复印件；（含执业登记器官移植项目内容，加盖公章）

3.医院评审证书复印件一份；（加盖公章）

4.专业技术职务任职资格证书；（验原件，收一份复印件）

5.申请肝脏移植医师执业资格认定的，提供近3年作为术者完成肝脏移植手术50例以上病例复印件；申请肾脏移植医师执业资格认定的，提供累计完成肾脏移植手术50例以上病例复印件；申请心脏移植医师执业资格认定的，提供近3年作为术者完成心脏移植手术10例以上病例复印件；申请肺脏移植医师执业资格认定的，提供近3年作为术者完成肺脏移植手术10例以上病例复印件。（一份，复印件加盖公章）

六、申报数量限制及收费情况

无申报数量限制。不收费用。

七、办理时限：

法定时限：20个工作日

承诺时限：8个工作日

医师执业注册裁量基准

一、适用范围

本裁量基准规定了医师执业注册的申请主体、许可主体、申请条件依据、许可申请、变更、注销程序、申报数量限制及收费情况。

本裁量基准适用于申请医师执业注册。

二、申请主体

大连市申请执业注册的医师。

三、许可主体

市、县两级卫生计生行政部门。

四、申请条件和依据

1.《中华人民共和国行政许可法》

2.《中华人民共和国执业医师法》第十三条：国家实行医师执业注册制度。取得医师资格的，可以向所在地县级以上人民政府卫生行政部门申请注册。

3.《中华人民共和国中医药条例》第十一条：中医从业人员，应当依照有关卫生管理的法律、行政法规、部门规章的规定通过资格考试，并经注册取得执业证书后，方可从事中医服务活动。以师承方式学习中医学的人员以及确有专长的人员，应当按照国务院卫生行政部门的规定，通过执业医师或者执业助理医师资格考核考试，并经注册取得医师执业证书后，方可从事中医医疗活动。

4.《医师执业注册管理办法》第八条：医师取得《医师执业证书》后，应当按照注册的执业地点、执业类别、执业范围，从事相应的医疗、预防、保健活动。

5.《关于进一步加强医师执业注册管理工作的通知》《管理办法》施行后，在我省注册的执业医师的执业地点为辽宁省，执业助理医师的执业地点为执业的医疗、预防、保健机构所在地的县级行政区划。

6.《辽宁省人民政府关于取消和下放一批行政审批项目的决定》将省属高校附属医院医师注册审批权限下放给大连市。

五、首次申请许可程序

医师首次注册、助理升执业注册、多地点注册，申请人应当向审批部门提交以下申请材料：

1.医师执业、变更执业、多机构备案申请审核表；（一份, 加盖所在医疗机构骑缝章）

2.近6个月2寸白底免冠正面半身照片1张；（用于制证）

3.医疗、预防、保健机构的聘用证明（即劳动合同或聘用协议）原件及复印件；（验原件，收一份复印件，复印件加盖公章）

4.拟执业机构的《医疗机构执业许可证》副本复印件；（一份，复印件加盖公章）

5.医师身份证原件及复印件；（验原件，收一份复印件，复印件加盖公章）

6.医师定期考核证明；（首次申请注册及已经注册但未满两年的不用提交。参加2017年辽宁省定期考核的，由卫生计生行政部门通过内部名单核对）

7.医疗机构（二级以上医院）出具的申请人6个月以内的健康证明；

健康证明裁量权释义：健康证明可以是二级以上医院出具的证明文件，也可以是二级以上医院出具的健康体检报告。

8.获得医师资格后两年内未注册的，中止医师执业活动两年以上的，还需提交在市卫生计生委指定的医疗机构（市中心医院、大医附属第一医院、附属第二医院、友谊医院、口腔医院、疾控中心和中医医院）进行连续6个月以上培训并经考核合格的证明；（即《执业（助理）医师注册培训考核表》）

9.执业助理医师取得执业医师资格后，申请执业医师注册的，还需提交《执业医师执业证书》（助理证）原件；

10.申请多地点注册的，除上述要求外，还需提交《医师执业证书》原件，在原证书备注页上登记多点执业信息。

六、许可变更程序

（一）医师变更主要执业机构、变更执业地点注册，申请人应当向审批部门提交以下申请材料：

1.医师执业、变更执业、多机构备案申请审核表；（一份, 加盖所在医疗机构骑缝章）

2.医师身份证原件及复印件；（验原件，收一份复印件，复印件加盖公章）

3.医疗、预防、保健机构的聘用证明（即劳动合同或聘用协议）原件及复印件；（验原件，收一份复印件，复印件加盖公章）

4.拟执业机构的《医疗机构执业许可证》副本复印件；（一份，加盖公章）

5.《医师执业证书》原件；

6.中止医师执业活动两年以上的，按照《医师执业注册管理办法》需办理注销，再按照相关要求重新办理注册。

7.申请变更执业地点（即外省人员来我市执业的），除上述材料外还需提交医师定期考核证明；（执业未满两年的除外）及医疗机构（二级以上医院）出具的申请人6个月以内的健康证明。

定期考核证明裁量权释义：参加2017年辽宁省定期考核的，由卫生计生行政部门通过内部名单核对。其他省市如未按期开展定期考核的,须提交当地组织定期考核的卫生行政部门出具的本周期未开展定期考核的说明材料。

（二）医师变更执业类别注册，申请人应当向审批部门提交以下申请材料：

1. 医师执业、变更执业、多机构备案申请审核表；（一份, 加盖所在医疗机构骑缝章）

2.医师执业证书原件；

3.医师身份证原件及复印件；（验原件，收一份复印件，复印件加盖公章）

4.医疗、预防、保健机构的聘用证明（即劳动合同或聘用协议）原件及复印件；（验原件，收一份复印件，复印件加盖公章）

5.拟执业机构的《医疗机构执业许可证》副本复印件；（收一份复印件，复印件加盖公章）

6.获得新类别医师资格证书后，二年内未注册的，需到市中心医院、大医附一、大医附二、市友谊医院、市口腔医院、市疾控中心或市中医医院进行6个月的培训，并提交经考核取得合格的证明（即《执业（助理）医师注册培训考核表》）。

（三）变更执业范围注册，申请人应当向审批部门提交以下申请材料：

1. 医师执业、变更执业、多机构备案申请审核表；（一份，加盖骑缝章）

2.医师执业证书原件；

3.医师身份证原件及复印件；（验原件，收一份复印件，复印件加盖公章）

4.医疗、预防、保健机构的聘用证明（即劳动合同或聘用协议）原件及复印件；（验原件，收一份复印件，复印件加盖公章）

5.拟执业机构的《医疗机构执业许可证》副本复印件；（收一份复印件，复印件加盖公章）

6.以下两个材料提供其中之一即可：

①取得注册执业范围以外、同一类别其他专业的高一层次的省级以上教育部门承认的学历；（验原件，收一份复印件，复印件加盖公章）

②先提交《医师变更执业范围申请表》，申请在省卫生计生委指定的医疗机构，接受同一类别其他专业的系统培训两年或者专业进修满两年或系统培训和专业进修合计满两年。

两年培训进修结束后，除提交上述材料外还要上交《医师变更执业范围申请表》及《医师变更执业范围业务培训考核证明》。

七、许可注销程序

1.医师个人或其所在的医疗、预防、保健机构登陆医师电子化注册系统；

2.在“业务办理”版块中提出医师注销申请，并注明其注销的相关情况；

3.市卫生计生委审批办登陆医师电子化注册系统进行审查；

4.审查合格后，注销其医师执业证书并进行公示。

八、申报数量限制及收费情况

无申报数量限制。不收费用。

九、办理时限：

法定时限：20个工作日

承诺时限：8个工作日

医师执业、变更执业、多机构备案

申请审核表

医 师 姓 名： 张三

医师资格证书编码： 如实填写

医师执业证书编码： 如实填写

填 表 时 间： 2018 年 6 月 29 日

国家卫生和计划生育委员会监制

**填表说明**

1.本表供取得《医师资格证书》后申请医师执业注册、变更执业、多机构备案事项时使用。

2.一律用钢笔、毛笔或中性笔填写，内容要具体、真实，字迹要端正清楚。

3.表内的年月日时间，一律用公历阿拉伯数字填写。

4.申请执业级别请选填执业医师或执业助理医师。

5.申请执业类别请选填临床、中医（中西医结合）、口腔或者公共卫生。

6.学历应填写与申请类别相应的最高学历。

7.“相片”一律用近6个月2寸白底免冠正面半身照。

**1．申请人情况**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 姓 名 | 张三 | 性 别 | 男 | 民 族 | 汉族 |
| 出生日期 | 1988年 5 月16日 | | | 专业技术职务任职资格 | 即职称，没有写“无” |
| 身份证号 | 如实填写 | | | | |
| 所学系、专业 | 临床医学 | | | 学 历 | 本科 |
| 家庭地址及邮编 | | 大连市甘井子区X街1号 | | | | 健康状况 | 健康 |
| 业务水平考核机构或组织名称、考核培训时间及结果 | | 如实填写，未参加的写“无” | | | | | |
| 何时何地因何种原因受过何种处罚或处分 | | 如实填写 | | | | | |
| 其他要说明  的问题 | | 如实填写 | | | | | |
| 个  人  工  作  经  历 | 时间 | 单位 | | | | 技术职务 | 证明人 |
| 2016.3至今 | 大连X医院 | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |

注：个人工作经历栏如不够，请自行另附页。

1. **医师执业注册（首次注册、助理升执业注册填写）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请执业级别 | 执业医师或助理医师 | 申请执业类别 | | 临床、口腔、公卫或中医 | | 申请执业  范围 | | 根据《医师执业注册中执业范围的暂行规定》要求规范填写 | |
| 申请执业机构名称 | 大连XX医院 | | | | | 机构登记号 | | 该号码在医疗机构执业许可证上查询 | |
| 申请执业机构地址 | 如实填写 | | | | | | | | |
| 邮政编码 | 如实填写 | | 单位电话 | | 如实填写 | | 拟在该机构执业时间 | | 如实填写 |
| 本人意见 | 本人承诺，对所有申报材料真实性负责，且不存在《医师执业注册管理办法》第六条规定的任一不予注册的情形，特此证明。    申请人签字： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 拟执业机构  意见 | 意 见：我单位同意聘用该医师，对所有申报材料真实性负责，且证明该医师不存在《医师执业注册管理办法》第六条规定的任一不予注册的情形，身体状况良好，能够胜任医疗、预防、保健业务工作，特此证明。      负责人：    年 月 日 | | | | | | | | |
| 与拟执业机构聘用（劳动）合同附本 | 详见附件 | | | | | | | | |
| 卫生计生行政部门意见 | 执业级别：  执业类别：  执业范围：  执业地点：    负责人：  年 月 日 | | | | | | | | |

1. **医师变更（同一执业地点变更主要执业机构、变更执业地点、变更执业范围、变更执业类别注册填写）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 拟变更注册事项：√同一执业地点变更主要执业机构 √变更执业地点  √变更执业范围 √变更执业类别 | | | | | | | | |
| 申请变更注册理由：变更主要执业机构  申请人签字： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 原执业级别 | 医师或助理医师 | 原执业类别 | | 临床 | 原执业范围 | | 内科 | |
| 原执业机构  名称 | 大连A医院 | | | 机构登记号 | 如实填写 | 单位  电话 | | 如实填写 |
| 邮政编码 | 如实填写 | | | 地址 | 如实填写 | | | |
| 拟执业级别 | 医师或助理医师 | | 拟执业类别 | 中医 | 拟执业范围 | 中医 | | |
| 拟执业机构  名称 | 大连B医院 | | | 机构登记号 | 如实填写 | 单位  电话 | | 如实填写 |
| 邮政编码 | 如实填写 | | | 地址 | 如实填写 | | | |
| 拟执业机构  意见 | 意 见：我单位同意聘用该医师，对所有申报材料真实性负责，且证明该医师不存在《医师执业注册管理办法》第六条规定的任一不予注册的情形，身体状况良好，能够胜任医疗、预防、保健业务工作，特此证明。    负责人： 印章    年 月 日 | | | | | | | |
| 拟执业所在卫生计生行政部门意见 | 执业级别：  执业类别：  执业范围：  执业地点：    负责人：  印章  年 月 日 | | | | | | | |

**4.多机构备案**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 拟执业机构  名称 | 大连XX医院 | | 机构登记号 | 如实填写 | | |
| 机构地址 | 如实填写 | | | | | |
| 邮政编码 | 如实填写 | | 单位电话 | | 如实填写 | |
| 有效期开始时间 | | 2017.1.1 | 有效期结束时间 | | | 2019.1.1 |
| 拟执业机构  意见 | 意 见：我单位同意聘用该医师，对所有申报材料真实性负责，且证明该医师不存在《医师执业注册管理办法》第六条规定的任一不予注册的情形，身体状况良好，能够胜任医疗、预防、保健业务工作，特此证明。    负责人：    年 月 日 | | | | | |

|  |
| --- |
|  |

**5.备注**

执业（助理）医师注册培训考核表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 张三 | | 性别 | | 男 | 年龄 | | | 28 | | 工作单位 | | 大连X医院 | |
| 文化  程度 | 本科 | | 毕业学校及时 间 | | | 如实填写 | | | | | 参加工作 时 间 | | 如实填写 | |
| 选送单位意见：  同意该医师到大连医科大学附属第一医院培训六个月  2017年1月1日（盖章） | | | | | | | | 卫计委意见：同意  培训单位：大连医科大学附属第一医院  培训时间：六个月  2017年1月1日（盖章） | | | | | | |
| 培训时间考试、考核成绩 | | | | | | | | | | | | | | |
| **考核内容** | | **出 勤** | | **服务态度** | | | **病历书写** | | | **理 论** | | **实践操作** | | **合 计** |
| 应得分 | | 5 | | 15 | | | 20 | | | 30 | | 30 | | 100 |
| 实得分 | | 4 | | 14 | | | 19 | | | 29 | | 29 | | 95 |
| **承担培训单位意见：**  此处由培训机构填写并对其培训结果进行打分  2017年 7月1日（盖章） | | | | | | | | | | | | | | |

健康证明

大连市卫生和计划生育委员会：

医师\_\_\_\_\_\_\_张三\_\_\_\_\_\_，不存在《医师执业注册管理办法》第六条第四款规定的不予注册的情况，身体状况良好，能够胜任医疗、预防、保健业务工作，特此证明。

医疗机构印章

2018 年 3 月 4 日

**医师变更执业范围申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 张三 | 性别 | 男 | 医师执业证书编码 | 如实填写 |
| 执业  类别 | 临床 | 执业  范围 | 内科 | 执业  地点 | 大连市中心医院 |
| 拟申请的执业范围 | 外科 | 申请日期 | | 2017.1.1 | |
| 执业机构意见  年 月 日  负责人： （单位盖章） | | | | | |
| 拟接受培训的医疗机构意见  年 月 日  负责人： （单位盖章） | | | | | |
| 执业机构上级卫生计生行政部门意见  提示：请申请人在执业机构意见，拟接受培训的医疗机构意见处盖完印章后应立即到市卫生计生委审批办申请并加盖印章。培训两年后，如表格无市卫生计生委印章，该表格无效。  年 月 日  负责人： （单位盖章） | | | | | |

**医师变更执业范围业务培训考核证明**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 张三 | 性别 | 男 | 医师执业  证书编码 | 如实填写 |
| 执业类别 | 临床 | 执业范围 | 内科 | 执业地点 | 大连X医院 |
| 拟申请的执业范围 | | 外科 | 接受培训的执业范围 | | 外科 |
| 接受培训起止日期：如实填写 | | | | | |
| 培训单位考核结果：书写考核情况鉴定  负责人：  年 月 日  （单位盖章） | | | | | |

护士执业注册裁量基准

一、适用范围

本裁量基准规定了护士执业注册的申请主体、许可主体、申请条件依据、许可申请、变更、注销程序、申报数量限制及收费情况。

本裁量基准适用于申请护士执业注册。

二、申请主体

大连市申请执业注册的护士。

三、许可主体

市、县两级卫生计生行政部门。

四、申请条件和依据

1.《中华人民共和国行政许可法》

2.《护士条例》(国务院令第517号) 第七条第一款 ：护士执业，应当经执业注册取得护士执业证书。

第八条第一款：申请护士执业注册的，应当向拟执业地省、自治区、直辖市人民政府卫生主管部门提出申请。

3.《护士执业注册管理办法》(卫生部令第59号) 第三条：省、自治区、直辖市人民政府卫生行政部门是护士执业注册的主管部门，负责本行政区域的护士执业注册管理工作。

4.《关于印发辽宁省护士执业注册管理办法的通知》(辽卫函﹝2013﹞630号) 第三条第二款：县级以上地方卫生（卫生计生）行政部门是护士执业注册的主管部门，负责所审批医疗卫生机构内的护士执业注册管理工作

5.《辽宁省人民政府关于取消和下放一批行政职权项目的决定》(辽政发〔2013〕21号) 第二十二条 下放市级政府卫生主管部门管理13项：第1项护士执业注册（省管医疗机构除外）（同时下放县级政府卫生主管部门）

五、首次申请许可程序

申请人先在护士电子化注册系统个人端口同时进行申请，然后提交下列材料：

1.《护士执业注册申请审核表》；（个人在电子化注册端申请，机构在电子化机构端审核，通过系统直接打印编码表格）

2.申请人身份证；(验原件，交一份复印件)

3.申请人学历证书及医疗卫生机构出具的在教学、综合医院完成8个月以上护理(助产)临床实习手册或《辽宁省护士执业注册临床实习证明》；(验原件，交一份复印件)

4.护士执业资格考试成绩合格证；(验原件，交一份复印件)

5.医疗卫生机构拟聘用护士或助产士岗位的聘用证明；(交一份原件)

6.获准开展健康体检服务的医疗机构出具的申请人6个月内的健康体检证明；(验原件，交一份复印件)

7.正面免冠白底彩色2寸近照2张；(其中一张照片粘贴于《辽宁省护士执业注册申请审核表》上)

8.有下列情形之一的，拟在医疗卫生机构执业时，应当重新申请注册：

①注册有效期届满未延续注册的;

②受吊销《护士执业证书》处罚，自吊销之日起满2年的。

重新申请注册时，需提交护士执业注册管理办法第七条规定中的材料;中断护理执业活动超过3年的，还应当提交在我省二级以上教学、综合医院接受3个月临床护理(助产)培训并考核合格的证明。

9.护士执业注册申请，应当自通过全国护士执业资格考试之日起3年内提出;逾期提出申请的，除前款规定的材料外，还应提交在我省二级以上教学、综合医院接受3个月临床护理(助产)培训并考核合格的证明。

六、许可变更程序

申请护士变更注册，申请人先在护士电子化注册系统个人端口同时进行申请，然后提交下列材料：

1.《护士变更注册申请审核表》；（个人在电子化注册端申请，机构在电子化机构端审核，直接打印编码表格）

2.申请人的《护士执业证书》。

七、许可延续程序

申请护士延续注册，申请人先在护士电子化注册系统个人端口同时进行申请，然后提交下列材料：

1.《护士延续注册申请审核表》（个人在电子化注册端申请，机构在电子化机构端审核，直接打印编码表格）

2.申请人的《护士执业证书》;

3.获准开展健康体检服务的医疗机构出具的申请人6个月内的健康体检证明。

八、许可注销程序

申请护士注销注册，申请人先在护士电子化注册系统个人端口同时进行申请，然后提交下列材料：

1.护士所在的医疗、预防、保健机构登陆护士电子化注册系统;

2.在“业务办理”中提交护士注销申请，并注明其注销的相关情况;

3.市卫生计生委（审批办）网上受理机构提交申请进行审查;

4.审查合格后，注销其护士执业证书并进行公告。

九、申报数量限制及收费情况

无申报数量限制。不收费用。

十、办理时限：

法定时限：20个工作日

承诺时限：8个工作日

**护士执业注册培训考核表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | | 张三 | | | 性别 | 女 | | 年龄 | | 20 | |
| 工作单位 | | Xxxxx医院 | | | | | | | | | |
| 文化程度 | | 大专 | | | 参加工作时间 | | | | 2018.7 | | |
| 毕业学校及时间 | | 大连XX学院 2018年毕业 | | | | | | | | | |
| **选送单位意见**：  xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx  xx年 xx 月 xx 日（盖章） | | | | | | | | | | | |
| 培训期间考试、考核成绩 | | | | | | | | | | | |
| **考核内容** | **出 勤** | | **服务态度** | **护理病历书写** | | | **理论** | **实践操作** | | | **合 计** |
| 应得分 | 5 | | 15 | 20 | | | 30 | 30 | | | 100 |
| 实得分 | 5 | | 15 | 18 | | | 25 | 25 | | | 88 |
| **承担培训单位意见：**  xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx  xx 年 xx 月 xx 日（盖章） | | | | | | | | | | | |

医疗机构聘用证明

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 王小可 | 性 别 | 女 |
| 身份证号码 | xxxxxx | 出生年月日 | xxxx-xx-xx |
| 护士资格考试准考证号码 | |  | |
| 受聘专业 | 护理 | 受聘时间 | XX-XX-XX-XX |
| 聘用单位意见：  同意聘用  法定代表人签字：XX 单位公章：  XX 年 XX 月XX 日 | | | |

**辽宁省护士执业注册临床实习证明**

兹有 大连市卫生学校 学校护理专业学生王小可，在我院完成 8个 月临床实习，实习临床专科如下：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 临床实习专科 | 实习时间 | 证明人 |
| 内科 | 2017 年 7 月 1 日— 2017 年 7 月 31日 | 科主任名字 |
| 外科 | 2017 年 8 月 1 日— 2017 年 8 月 30日 | 科主任名字 |
| 妇科 | 2017 年 9 月 1 日— 2017 年 9 月31 日 | 科主任名字 |
| 儿科 | 2017 年 10月1 日—2017 年 10月 30 日 | 科主任名字 |

实习单位考核意见： 通过实习

负责人签字： \*\*\*

实习单位：（盖章）

xx 年 xx 月 xx日

备注：日期为当年实习日期

麻醉药品和第一类精神药品购用许可

裁量基准

一、适用范围

本裁量基准规定了麻醉药品和第一类精神药品购用许可的申请主体、许可主体、申请条件依据、许可申请、变更、注销程序、申报数量限制及收费情况。

本裁量基准适用于申请麻醉药品和第一类精神药品购用许可。

二、申请主体

大连市申请购用麻醉药品和第一类精神药品的机构。

三、许可主体

市级卫生计生行政部门。

四、申请条件和依据

1.《麻醉药品和精神药品管理条例》(国务院令第442号)第三十六条：医疗机构需要使用麻醉药品和第一类精神药品的，应当经所在地设区的市级人民政府卫生主管部门批准，取得麻醉药品、第一类精神药品购用印鉴卡。

2.《麻醉药品、第一类精神药品购用印鉴卡管理规定》第二条：医疗机构需要使用麻醉药品和第一类精神药品，应当取得《麻醉药品、第一类精神药品购用印鉴卡》（以下简称《印鉴卡》），并凭《印鉴卡》向本省、自治区、直辖市范围内的定点批发企业购买麻醉药品和第一类精神药品。

五、首次申请许可程序

申请人应当向审批部门提交以下申请材料：

1.《印鉴卡》申请表；（一份）

2.《医疗机构执业许可证》副本复印件；（一份）

3.麻醉药品和第一类精神药品安全储存设施情况及相关管理制度目录；（一份，具体内容在现场审查环节核查）

4.具有经过麻醉药品和第一类精神药品培训的、专职从事麻醉药品和第一类精神药品管理的药学专业技术人员资质证件(一份，需指定一名药品采购人员)；

5.有获得麻醉药品和第一类精神药品处方资格的执业医师资质证件；（一份）

6.负责麻醉药品和第一类精神药品医疗管理部门负责人的资质证件。（一份）

注：(1)相关人员需填写《麻醉药品、第一类精神药品人员一览表》（见附件），关于人员资质提交证件要求详见表下说明；人员的资质证件没有注明是在本单位工作的，需提供一年期以上的聘用协议书或聘用证明（内容应包括聘用时间、聘用岗位及职责）；

(2)关于人员培训材料的说明：

2014年及以前参加市级卫生计生行政部门培训的，提供培训证；2015年参加市级卫生计生行政部门培训的，可在《人员一览表》注明，由审批办进行协查；2016年及以后参训的，二级及以上医疗卫生机构可直接出具培训及考核合格人员名单，一级及以下医疗卫生机构由各区市县卫生计生行政部门出具培训及考核合格人员名单。

(3)非法定代表人办理，需提供法定代表人授权委托书，法定代表人和被委托人身份证复印件（正反两面）；

(4)相关资质证明全部验原件，收复印件，复印件用A4纸，逐页加盖申请单位公章。

(5)不使用订书器装订申请材料，用长尾夹整理即可。

六、申报数量限制及收费情况

无申报数量限制。不收费用。

七、办理时限：

法定时限：20个工作日

承诺时限：8个工作日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | |
| **麻醉药品、第一类精神药品购用印鉴卡申请表** | | | |
| 医疗机构名称 | 大连市某某医院（全称） | | |
| 医疗机构代码 | （填写《医疗机构执业许可证》登记号） | | |
| 地 址 | 大连市某某区某某街某某号(按医疗机构执业许可证地址填写) | | |
| 使用麻醉药品和第一类精神药品相关的诊疗科目 | 按照《医疗机构执业许可证》诊疗科目的规范名称填写,如麻醉科、妇产科等) | | |
| 电 话 号 码 | (如实填写) | 邮 政 编 码 | (如实填写) |
| 床 位 数 | \*\*张 | 平均日门诊量 | \*\*人次 |
| 具有麻醉药品、第一类 精神药品处方权 执业医师数量 | \*\*人 | 本申请表中所填写的内容和所附材料均真实、合法、有效符合国家有关规范、标准和规定。如有不实之处我单位愿负相应的法律责任并承担由此所造成的一切后果。 | |
| 具有麻醉药品、第一类 精神药品调剂权 药剂师数量 | \*\*人 |
| 有无专用保险柜、库 | 有/无 |  |  |
| 药学部门 负责人签章 | 张某某 |  | 医疗机构公章 |
| 医疗机构法定代表人 （负责人）签章 | 李某某 |  | 年 月 日 |
| 注：口腔医疗机构在“床位数”栏需同时填写床位数和牙椅数，如无病床，只填写牙椅数。 | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **麻醉药品、第一类精神药品人员一览表** | | | | | | |
| 序号 | 姓 名 | 身份（医疗管理部门负责人/药师(药学部门负责人、采购人员等）/医师 | 所在部门 | 专业技术职称 | 是否有麻醉药品培训及考核合格证明 | 备 注 |
| 1 | 李某 | 医疗管理部门负责人 | 医务科 | 主任医师 | 有 | 身份证号 |
| 2 | 王某某 | 药学部门负责人 | 药剂科 | 主管药师 | 有 |  |
| 3 | 刘某某 | 药师（采购人员） | 药剂科 | 药剂师 | 有 |  |
| 4 | 张某某 | 医师 | 妇产科 | 主治医师 | 有 | 身份证号 |
| 5 | 陈某 | 医师 | 麻醉科 | 主任医师 | 有 | 身份证号 |
| … | … | … | … | … | … | … |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 注：1.药师：需提交药师证或者执业药师证； 2.医师：可在备注栏填写身份证号，由审批办协查医师执业证信息； 3.医疗管理部门负责人：如为医师/药师，参照上述要求提交；如为管理人员，只需提供聘用协议书或聘用证明； | | | | | | |

医疗广告审查裁量基准

一、适用范围

本裁量基准规定了医疗广告审查的申请主体、许可主体、申请条件依据、许可申请、变更、注销程序、申报数量限制及收费情况。

本裁量基准适用于医疗广告审查。

二、申请主体

大连市申请发布医疗广告的医疗机构。

三、许可主体

市级卫生计生行政部门。

四、申请条件和依据

1.《广告管理条例》第十一条第一款：（一）标明质量标准的商品广告，应当提交省辖市以上标准化管理部门或者经计量认证合格的质量检验机构的证明。

2.《医疗广告管理办法》(国家工商行政管理局卫生部令第26号发布)第四条第二款：卫生行政部门、中医药管理部门负责医疗广告的审查，并对医疗机构进行监督管理。

3.《辽宁省人民政府关于取消和下放一批行政审批项目的决定》(辽政发〔2014〕30号)第十八条第二款第三条：医疗广告发布审查下放至市级卫生计生行政主管部门管理

4.《关于做好医疗广告发布审查工作的通知》(辽卫发〔2015〕8号) 将医疗广告发布审查下放至市级卫生行政主管部门。

五、首次申请许可程序

申请人应当向审批部门提交以下申请材料：

1.《医疗广告审查申请表》（交一式三份原件）；

2.《医疗广告成品样件表》；（交一式三份原件；电视、广播视频音频内容，现场审批须提供光盘一式三份，网上审批须上传至网站；广告成品样件需粘贴在指定位置并盖骑缝章，须标注文号式样和位置）

3.《医疗机构执业许可证》副本或《中医诊所执业备案证》；（验原件，交一份复印件，复印件需加盖本单位的公章）

4.非法定代表人办理，需提供法定代表人授权委托书、法定代表人和被委托人居民身份证复印件（正反两面）。

六、申报数量限制及收费情况

无申报数量限制。不收费用。

七、办理时限：

法定时限：20个工作日

承诺时限：8个工作日

**申请受理号**

**医疗广告成品样件表**

**提交日期：2018年8月12日**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构情况 | 医 疗 机 构  第 一 名 称 | 大连市XX医院 | | | | |
| 医疗机构地址 | 按照医疗机构执业许可证填写 | | | | |
| 医疗机构类别 | 综合医院 | | | 《医疗机构执业  许可证》登记号 | 如实填写 |
| 法定代表人（主要负责人） | | | 张三 | 联系电话 | 13846706666 |
| 拟发布媒体类别 | | | □影视 □广播 √报纸 □期刊 □户外  □印刷品 □网络 □其它-------------------------- | | | |
| 广告成品样件粘贴处：  （医疗机构盖章） （审查机关盖章） | | | | | | |

**注**：1、电视、广播广告先提交镜头脚本和广播文稿，初审合格后再提交广告成品样件。

2、平面广告提供小样，网络广告提供页面样件。

3、医疗广告成品样件需标注广告审查证明文号的位置、形式。

4、申请审查时至少需提交本文书一式三份，电子版一份，广告样件粘贴处加盖骑缝章。

5、医疗广告成品样件表原件需与《医疗广告审查证明》一并作为审定凭证。

6、表格内容要求打印，除法定代表人签字处外，其他内容手写无效。

**申请受理号**

**医疗广告审查申请表**

**申请日期： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医 疗 机 构  第 一 名 称 | 大连市XX医院 | | | 发 证 卫 生  行 政 部 门 | | 如实填写 |
| 《医疗机构执业许可证》登记号 | 如实填写 | | | 法 定 代 表 人  （主要负责人） | | 张三 |
| 身 份 证 号 | | 232301199909190199 |
| 校验有效期 | （自2015年 3 月 1 日起，至 2018 年 3 月 1 日止） | | | | | |
| 医疗机构地址 | 如实填写 | | | | | |
| 所有制形式 | 其他 | | | 医疗机构类别 | | 综合医院 |
| 诊疗科目 | 如实填写，并于副本登记事项保持一致 | | | | | |
| 床 位 数 | 200张 | | | 接诊时间 | | 如实填写 |
| 联系电话 | 如实填写 | | | 邮 编 | | 如实填写 |
| 发布媒体类别 | □影视 □广播 □报纸 √期刊  □户外 □印刷品 □网络  □其他 | | | 广告时长  （影视、广播） | | 0秒 |
| 提交申请  材料目录 | 1、医疗广告成品样件表 | | | | | |
| 2、《医疗机构执业许可证》副本原件、复印件，复印件公章 | | | | | |
| 3、其他材料见申办程序提交相关材料 | | | | | |
| 经办人 | 张三 | 联系电话 | 13964646464 | | 身份证号 | 232301199101111111 |

法定代表人签名：

医疗机构（盖章）

年 月 日

（注：填报医疗广告审查申请表时应一并填报医疗广告成品样件表）

（页码：2-1）

除利用新材料、新工艺和新化学物质生产的涉及饮用水卫生安全的产品卫生许可

裁量基准

一、适用范围

本裁量基准规定了除利用新材料、新工艺和新化学物质生产的涉及饮用水卫生安全的产品卫生许可的申请主体、许可主体、申请条件依据、许可申请、变更、注销程序、申报数量限制及收费情况。

本裁量基准适用于申请除利用新材料、新工艺和新化学物质生产的涉及饮用水卫生安全的产品卫生许可。

二、申请主体

大连市申请生产除利用新材料、新工艺和新化学物质的涉及饮用水卫生安全的产品的单位。

三、许可主体

市级卫生计生行政部门。

四、申请条件和依据

1.《生活饮用水卫生监督管理办法》（2016年4月17日住房和城乡建设部、国家卫生和计划生育委员会令第31号发布）第四条：国家对供水单位和涉及饮用水卫生安全的产品实行卫生许可制度。

2.《国务院对确需保留的行政审批项目设定行政许可的决定》（国务院令第412号，2004年6月29号公布，2004年7月1号施行）第205项项目名称：涉及饮用水卫生安全的产品卫生许可；实施机关：卫生部、省级人民政府卫生行政主管部门。

3.辽宁省人民政府《关于取消和下放一批行政职权项目的决定》（辽政发〔2013〕21号）第二十二条 ：（二）下放市级政府卫生主管部门管理13项：第9项 涉及饮用水卫生安全的产品卫生许可。

4.《省级涉及饮用水卫生安全产品卫生行政许可规定》（国卫办监督发〔2014〕63号）第十四条：申请单位应当向实际生产企业或在华责任单位所在地省级卫生计生行政部门提出卫生行政许可申请，按照《省级涉水产品申报材料要求》提交有关材料，并对申请材料的真实性负责，承担相应的法律责任。

五、首次申请许可程序

申请人应当向审批部门提交以下申请材料：

1.涉及饮用水卫生安全产品卫生行政许可申请表；（一份）

2.市卫生计生委综合监督执法机构出具的生产能力审核意见（验原件，收一份复印件），同时包含下列审核材料：

⑴生产能力审核申请表；

⑵委托采封样申请表；

⑶产品材料及配方；

⑷生产工艺简述及简图；

⑸生产设备及检验设备清单；

⑹申产品标签（铭牌）、说明书；

⑺申请无负压供水设备、饮水机、水质处理器许可的应当提交与水接触主要材料的卫生安全合格证明；

⑻企业标准（申请延续许可有效期的提供经备案的企业标准，进口产品提交产品质量标准）；

⑼产品彩色照片（系列产品所有型号均应当提交）；

⑽委托生产的应当提交委托加工合同（被委托方应有与委托产品同类产品的卫生许可批件）；

⑾产品名称中使用注册商标的应提供商标注册或受理证明；

⑿国产产品还应当提交：

①生产厂区位置图；

②生产车间平面布局图；

③申请单位和实际生产企业的工商营业执照复印件；

④生产场地使用证明。

⒀进口产品还应当提交：

①在华责任单位的工商营业执照复印件；

②生产国（地区）允许生产销售的证明文件；

③在华责任单位授权书；

④委托采封样产品进口报关单。

3.产品检验报告；（申请人按照国家卫生标准和卫生规范要求,可对产品自行检验,也可以委托有关机构开展，并附：检验申请表、检验受理通知书、产品说明书、样品采样记录）

4、封样样品一件；（大型水质处理器提交产品照片）

5.如委托办理的，还需提供：授权委托书、委托人及被委托人身份证复印件。（一份）

六、申报数量限制及收费情况

无申报数量限制。不收费用。

七、办理时限：

法定时限：20个工作日

承诺时限：8个工作日

涉及饮用水卫生安全产品

卫生行政许可申请表

产品名称 根据产品名称或注册名填写

申请单位 如实填写单位名称

填报日期 如实填写

**大连市卫生和计划生育委员会**

填 表 说 明

1. 本表适用于各类由市卫计委审批的涉及饮用水卫生安全产品的卫生许可批件申请。
2. 填写此表前，请认真阅读有关法规及申报受理规定。申报资料应符合《省级涉及饮用水卫生安全产品卫生行政许可规定》和《省级涉水产品申报材料要求》的相关要求，内容真实、完整、清楚、不得涂改，同一项目的填写应当一致。
3. 申请卫生行政许可的，**提交原件1份及复印件3份**；申请延续、变更、注销和补发的，**只提交原件1份**；
4. 除检验报告及官方证明文件外，申请材料原件应当逐页加盖申请单位公章，国产涉水产品还应当逐页加盖实际生产企业公章；
5. 使用A4规格纸张打印，按申请表提交材料目录的顺序装订成册，各项材料应当使用明显标志区分；
6. 应当使用中国法定计量单位；
7. 所有外文（国外地址、商标等专有名词除外）均应当译为规范的中文，并将译文附在相应的外文材料前。中文译文应当经中国公证机关公证。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 产品名称 | | | 与封面填写一致 | | | | |
| 产品类别 | | | 按照涉水产品目录类别填写 | | | | |
| 产品规格 | | | 按实际规格完整填写 | | | | |
| 申请单位 | 单位名称 | | 批件申请单位名称 | | | | |
| 注册地址 | | 申请单位营业地址 | | | | |
| 法定代表人 | | 如实填写 | 联系人 | 如实填写 | 邮编 | 如实填写 |
| 固定电话 | | 如实填写 | 移动电话 | 如实填写 | 传真 | 如实填写 |
| 实际生产企业 | 企业名称 | | 涉水产品实际生产企业名称 | | | | |
| 注册地址 | | 生产企业经营地址 | | | | |
| 生产地址 | | 生产企业实际生产的地址 | | | | |
| 固定电话 | | 如实填写 | 移动电话 | 如实填写 | 传真 | 如实填写 |
| 原批准文号 | | | 原有批件的文号 | 批件有效期 | 原有批件的有效期限 | | |
| **承诺书**  本产品生产企业保证：本申请表中所申报的内容和所附资料均真实、合法，复印件和原件一致，所附资料中的数据均为研究和检测该产品得到的数据。如有不实之处，我单位愿负相应法律责任，并承担由此造成的一切后果。  法定代表人：（签字）　申请单位的法定代表人签字  单位名称：（公章）申请单位公章  xxxx年 xx 月xx日 | | | | | | | |
| 申请类别 | | □新办 □延续 □补办 □注销 □变更（□内打√） 具体内容： | | | | | |
| **提交材料**（请在所提供资料前的□内打“√”）  □综合监督执法机构出具的生产能力现场审核意见  □产品材料及配方；  □生产工艺简述及简图；  □生产设备及检验设备清单；  □产品标签（铭牌）、说明书；  □申请无负压供水设备、饮水机、水质处理器许可的应当提交与水接触主要材料的卫生安全合格证明；  □企业标准（申请延续许可有效期的提供经备案的企业标准，进口产品提交产品质量标准）；  □产品彩色照片（系列产品所有型号均应当提交）；  □委托生产的应当提交委托加工合同（被委托方应有与委托产品同类产品的卫生许可批件）；  □产品名称中使用注册商标的应提供商标注册或受理证明。  □国产产品还应当提交□①生产厂区位置图；  □②生产车间平面布局图；  □③申请单位和实际生产企业的工商营业执照复印件；  □④生产场地使用证明。  □进口产品还应当提交□①在华责任单位的工商营业执照复印件；  □②生产国（地区）允许生产销售的证明文件；  □③在华责任单位授权书；  □④委托采封样产品进口报关单。  □产品检验报告（申请人按照国家卫生标准和卫生规范要求,可对产品自行检验,也可以委托有关机构开展， 并附：检验申请表、检验受理通知书、产品说明书、样品采样记录）  □封样样品一件（大型水质处理器提交产品照片）  □卫生许可批件原件  □产品生产企业同意注销卫生行政许可批件的证明（如为外文，应为译为规范中文并经中国公证机关公证）  □遗失声明（刊载声明报刊原件）  □变更后的产品商标注册证明文件  □需要提供的其它资料（自行如实填写）：  □如委托办理的，还需提供：授权委托书、委托人及被委托人身份证复印件。 | | | | | | | |
| 产品实际生产企业卫生许可批号：被委托生产单位取得的相应涉水产品批件批号  生产企业与产品实际生产企业之间的关系：□委托生产 □同属一个集团（□内打√）  其它需要说明的问题： 有必要说明的有关涉水产品申办的其他问题 | | | | | | | |

饮用水供水单位卫生许可裁量基准

一、适用范围

本裁量基准规定了饮用水供水单位卫生许可的申请主体、许可主体、申请条件依据、许可申请、变更、注销程序、申报数量限制及收费情况。

本裁量基准适用于申请饮用水供水单位卫生许可。

二、申请主体

大连市饮用水供水单位。

三、许可主体

市、县两级卫生计生行政部门。

四、申请条件和依据

1.《生活饮用水卫生监督管理办法》（2016年4月17日住房和城乡建设部、国家卫生和计划生育委员会令第31号发布）第四条：国家对供水单位和涉及饮用水卫生安全的产品实行卫生许可制度。

2.《生活饮用水集中式供水单位卫生规范》第四条：地方各级人民政府卫生行政部门在各自的职责范围内负责监督本规范的实施。

3.《辽宁省生活饮用水卫生监督管理条例》第八条：供水单位、涉水产品生产单位，应当依法取得卫生许可后，方可从事供水或者涉水产品生产活动。卫生许可的具体办理办法，由省卫生计生行政主管部门制定。

4.《大连市卫生计生委关于加快推进行政审批制度改革的实施意见》（大卫发﹝2015﹞217号）第四条（三）款3项：取得市级工商部门发放的营业执照或组织机构代码证的公共场所等单位的卫生许可由市卫生计生委负责。

五、首次申请许可程序

申请人应当向审批部门提交以下申请材料：

1.卫生许可证申请表；（一份）

2.营业执照或组织机构代码证原件和复印件；（一份）

3.法定代表人或者负责人身份证明原件和复印件；（一份）

4.标明比例尺寸的储水箱/池专间平面位置图、水箱/池立体透视图（标明内部隔层及进水管、出水管、溢流管、排污管、导流管、通气管孔、人孔等位置及尺寸）、供水系统示意图；（一份）

5.检验、检测报告原件及复印件；（一份）

6.涉及饮用水卫生安全产品卫生许可批件复印件；（一份）

7.如委托办理的，还需提供：授权委托书、委托人及被委托人身份证复印件。（一份）

申办集中供水许可单位还需提供：

8.工艺流程及设备名称材料；（一份）

9.实验室设备、检验项目及人员情况资料或与有资质的检验机构签订的委托检验协议书；（一份）

10.水源水质监测和卫生学评价材料。（一份）

六、许可延续程序

申请人应当向审批部门提交以下申请材料：

1、卫生许可证申请表；（一份）

2、营业执照或组织机构代码证原件和复印件；（一份）

3、检验、检测报告原件及复印件；（一份）

4、原卫生许可事项布局、设备设施有无改动的书面说明；（一份）

5、原卫生许可证及复印件；（一份）

6、如委托办理的，还需提供：授权委托书、委托人及被委托人身份证复印件。（一份）

七、申报数量限制及收费情况

无申报数量限制。不收费用。

八、办理时限：

法定时限：20个工作日

承诺时限：8个工作日



**卫生许可证申请表**

（供水单位）

|  |  |
| --- | --- |
| 申 请 单 位： | XXX公司 |
| 申 请 日 期： | 如实填写 |

大连市卫生和计划生育委员会

材料填报要求

本表适用于各类由市卫计委审批的供水单位的卫生许可申请。

填写此表须使用黑或蓝黑色钢笔或签字笔填写，要求书写规范、字迹清晰、纸面整洁，不得空项、涂改，空白处以“无”字填写，内容真实、完整、清楚、不得涂改。

使用A4规格纸张打印（图纸可以使用A3规格），打印内容标题用宋体字2号字、正文用仿宋体3号字，复印材料要求纸面清晰并与原件完全一致，按申请表提交材料目录的顺序分类，各项材料应当使用明显标志区分；

除检验报告及官方证明文件外，申请材料原件应当逐页加盖申请单位公章；

委托办理的需要提交授权委托书，并提供受委托人身份证明。

大连市公共行政服务中心

卫计委审批窗口

地址：大连市甘井子区东北路101号

联系电话：65850166

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请单位 | | XXX公司 | | | 经济性质 | 依营业执照信息 |
| 注册地址 | | 依营业执照信息 | | | 法定代表人  （负责人） | 依营业执照信息 |
| 经营地址 | | 实际经营场所地址 | | | 单位电话 | 如实填写 |
| 供水面积 | | 供水系统覆盖面积 | 员工总人数 | 管水人员数量 | 从业人员数 | 直接从事供水管理人数 |
| 卫生管理  部 门 | | 公司内部主管部门 | 卫生管理  人 员 | 主管部门领导 | 职 务 | 管理人员职务 |
| 统一社会  信用代码 | | 依营业执照信息 | 设计审查  认可书号 | 如实填写，如无划“/” | 联系人电话 | 办公电话优先 |
| 申请许可  事 项 | | □新办 □换证 | | | 原卫生许可  证 号 | 如实填写 |
| 申请许可  项 目 | | □集中式供水 □二次供水 □自备水源 □自备水源与集中式供水系统连接 | | | | |
| **申 报 材 料 目 录（按申请许可事项准备下列材料）** | | | | | | |
| **新 办** | * 卫生许可证申请表 * 营业执照或组织机构代码证原件和复印件 * 法定代表人或者负责人身份证明原件和复印件 * 标明比例尺寸的储水箱/池专间平面位置图、水箱/池立体透视图（标明内部隔层及进水管、出水管、溢流管、排污管、导流管、通气管孔、人孔等位置及尺寸）、供水系统示意图 * 检验、检测报告原件及复印件 * 涉及饮用水卫生安全产品卫生许可批件复印件 * 如委托办理的，还需提供：授权委托书、委托人及被委托人身份证复印件   申办集中供水、自备水源、自备水源与集中式供水系统连接许可单位还需提供：   * 工艺流程及设备名称 * 实验室设备、检验项目及人员情况资料/与有资质的检验机构签订的委托检验协议书 * 水源水质监测和卫生学评价 | | | | | |
| **换 证** | * 卫生许可证申请表 * 营业执照或组织机构代码证原件和复印件 * 具有法律效力的卫生学评价及检验、检测报告原件和复印件 * 原卫生许可事项布局、设备设施有无改动的书面说明 * 原卫生许可证及复印件 * 如委托办理的，还需提供：授权委托书、委托人及被委托人身份证复印件 | | | | | |
| **主要供水设施、设备基本情况** | | | | | | | |
| 水 源：□市政供水 □自备水源 □其他水源：如实填写，如无写“无” ；  日最大用水量： 按实际供水量或用水量 （m3） （□集中供水，填报“日最大供水量”）  消毒方式：□人工 □自动 设备名称：如实填写如无写“无”  消毒方法：□臭氧  □紫外线  □含氯消毒剂 名称： 如实填写，如无写“无”  □其他 如实填写，如无写“无”  贮水设施情况：□有 □无 使用变频泵 个 （如无贮水设施不需填写下表）   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **位置（所在楼层）** | **容 积（m3）** | **材 质** | **内衬材质** | **连通情况\*** | | 如实填写 | 如实填写 | 如实填写 | 如实填写 | 如实填写 | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |   \*连通情况：生活饮用水箱（池）专用或是与消防、暖气、空调、中水等用水管网连通。 | | | | | | | |
| 其他情况说明（如没有，需填写“无”）：  如实填写，如无写“无” | | | | | | | |
| 申请单位（如）盖章或签字：  本次申请填写内容和所附资料均真实、合法、有效，复印件和原件一致，与实际情况相符。如有不实之处，我单位愿负相应法律责任，并承担由此造成的一切后果。  （公 章）  年 月 日 | | | | | | | |

生产用于传染病防治的消毒产品的单位

审批裁量基准

一、适用范围

本裁量基准规定了生产用于传染病防治的消毒产品的单位审批的申请主体、许可主体、申请条件依据、许可申请、变更、注销程序、申报数量限制及收费情况。

本裁量基准适用于申请生产用于传染病防治的消毒产品的单位审批。

二、申请主体

大连市生产用于传染病防治的消毒产品的单位。

三、许可主体

市级卫生计生行政部门。

四、申请条件和依据

1.《中华人民共和国传染病防治法》（中华人民共和国主席令第17号2013年11月4日修订）第二十九条第三款：生产用于传染病防治的消毒产品的单位和生产用于传染病防治的消毒产品，应当经省级以上人民政府卫生行政部门批准。

2.《消毒管理办法》（中华人民共和国卫生部令第27号2016年1月19日修订）第二十条：消毒剂、消毒器械和卫生用品生产企业取得工商行政管理部门颁发的营业执照后，还应当取得所在地省级卫生计生行政部门发放的卫生许可证，方可从事消毒产品的生产。

3.《消毒产品生产企业卫生许可规定》（卫监督发〔2009〕110号）第二条第一款：在国内从事消毒产品生产、分装的单位和个人，必须按照本规定要求申领《消毒产品生产企业卫生许可证》。

4.辽宁省人民政府《关于取消和下放一批行政职权项目的决定》（辽政发〔2013〕21号）第二十二条：（二）下放市级政府卫生主管部门管理13项：10．生产用于传染病防治的消毒产品的单位审批。

五、首次申请许可程序

申请人应当向审批部门提交以下申请材料：

1.消毒产品生产企业卫生许可证申请表(收一份原件）；

2.工商营业执照（验原件，收一份复印件）；

3.生产场地使用证明（房屋产权证明或租赁协议，验原件，收一份复印件）；

4.生产场所厂区平面图、生产车间布局平面图(收一份原件）；

5.生产工艺流程图(收一份原件）；

6.生产和检验设备清单(收一份原件）；

7.质量保证体系文件（收一份原件）；

8.拟生产产品目录（收一份原件）；

9.生产环境和生产用水检测报告（验原件，收一份复印件）；

10.非法定代表人办理，需提供法定代表人授权委托书、法定代表人和被委托人居民身份证复印件（正反两面）。

消毒产品分装生产企业还需申请人自备以下材料：

⑴大包装产品生产企业保证其生产的半成品符合相关卫生质量标准的承诺书，A4纸打印一份；

⑵大包装产品生产企业与分装生产企业的合同协议书，验原件，收A4纸复印件一份；

⑶大包装产品生产企业的消毒产品生产企业卫生许可证复印件，验原件，收A4纸复印件一份；

⑷大包装产品若为须经过卫生部许可的消毒产品，还应提供该产品的卫生许可批件复印件，验原件，收A4纸复印件一份。

六、申报数量限制及收费情况

无申报数量限制。不收费用。

七、办理时限：

法定时限：20个工作日

承诺时限：8个工作日



**卫生许可证申请表**

（消毒产品生产企业）

|  |  |
| --- | --- |
| 申 请 单 位（公章）： | 大连XX卫生用品有限公司 |
| 申 请 日 期： | 2016年8月8日 |

大连市卫生和计划生育委员会 制

**填 报 材 料 要 求**

1. 本申请表须使用黑或蓝黑色钢笔或签字笔填写，要求书写规范、字迹清晰，要求纸面整洁，不得空项涂改，空白处以“无”字填写，凡文字前有□者，应当选择与申请内容相符的方框中打√。
2. 申请材料一式两份，企业提供的所有资料包括申请表封面要逐页加盖单位公章，无单位公章的由企业法定代表人逐页签字确认。
3. 提交材料（图纸除外）应使用A4规格纸张复印、打印，中文使用宋体小 4 号字， 英文使用 12 号字。
4. 申请材料内容完整、清楚，无涂改，申请材料中同一项目的填写一致，无前后矛盾。复印材料要求纸面清晰，并与原件完全一致。
5. 生产项目分为消毒剂、消毒器械、卫生用品；生产方式分为生产或分装；生产产品类别按卫生部“消毒产品分类目录” 填写。
6. 生产工艺流程图：按产品的生产工艺流程，依先后顺序分别描绘每道工艺的操作过程，标明每种原料及加入顺序，注明每道工艺的时间、温度等参数。申报多个产品生产的应分别描述每个产品的工艺。生产工艺的每道工艺用方框图表示，上、下工序用直线箭头联接，时间、温度等参数标注在方框图或直线的上方（面）。生产工艺图中应有半成品和成品检验步骤。

7.委托办理的需要提交授权委托书，并提供受委托人身份证明。

8.卫生许可申请表和相关申请许可事项可在大连市卫生和计划生育委员会网站（http//www.dlhfpc.dl.gov.cn）进行查询、下载和打印。

大连市公共行政服务中心 市卫生计生委行政审批办

地址：大连市甘井子区东北北路101号 联系电话：65850166

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 | | 大连XX卫生用品有限公司 | | | | | | | |
| 注册地址 | | 如实填写 | | | 经济形式 | | | 有限责任公司 | |
| 生产地址 | | 如实填写 | | | 邮编 | | | 116000 | |
| 法定代表人  （负责人） | | 王某 | 卫生管理人员 | | | | 刘某 | | |
| 单位总人数 | | 50人 | 经过培训人员数 | | | | 30人 | | |
| 联系人 | | 李某 | 联系电话 | | | | 13300000000 | | |
| 生产场所产权 | | 本单位所有（ ） 租赁（ ）（在括号内打勾） | | | | | | | |
| 固定资产（万） | | 1000万 | | 生产车间面积m2 | | | | | 500m2 |
| 申请许可事项 | □新办□延续□变更□补办□注销 | | | | | 原卫生许可证号 | | | 如实填写（新办不填） |
| 生产方式 | | 生产（ ） 分装（ ）（在括号内打勾） | | | | | | | |
| 生产项目 | | 卫生用品（ ）消毒剂（ ）消毒器械（ ）（在括号内打勾） | | | | | | | |
| 生产产品类别 | | 湿巾 | | | | | | | |
| **申 报 材 料 目 录** | | | | | | | | | |
| **新**  **办** | □1.《消毒产品生产企业卫生许可》申请表  □2.工商营业执照  □3.生产场地使用证明（房屋产权证明或租赁协议）  □4.生产场所厂区平面图、生产车间布局平面图（标注实际面积）  □5.生产工艺及流程图  □6.生产和检验设备清单  □7.卫生质量控制体系相关材料  □8.拟生产产品目录和标签说明书  □9.生产环境和生产用水检测报告  □10.其他资料。  **分装生产企业还需提供如下材料：**  □1.大包装产品生产企业保证其生产的半成品符合相关卫生质量标准的承诺书。  □2.大包装产品生产企业与分装生产企业的合同协议书。  □3.大包装产品生产企业的消毒产品生产企业卫生许可证复印件。  □4.大包装产品若为须经过卫生部许可的消毒产品，还应提供该产品的卫生许可批件复印件。 | | | | | | | | |
| **延**  **续** | □1.《消毒产品生产企业卫生许可证》申请表。  □2.工商营业执照复印件。  □3.生产场地使用证明（房屋产权证明或租赁协议）。  □4.生产车间布局平面图和生产工艺流程图。  □5.生产和检验设备清单。  □6.检验人员、卫生管理人员和从业人员培训证明。  □7.产品目录和市售产品标签说明书。  □8.生产环境和生产用水检测报告。  □9.《消毒产品生产企业卫生许可证》原件。  □10.抗抑菌剂、消毒剂、消毒器械等产品卫生安全评价报告。  □11.县级以上卫生行政部门出具的卫生监督意见（详细列出近4年内对该企业所有检查的结果和处理情况）。  □12.商标注册证明文件。  □13.其他资料。 | | | | | | | | |
| **变**  **更** | 单位名称、法定代表人（负责人）、注册地址、生产地址路名路牌发生改变申请变更卫生许可证的企业，需提供以下材料：  □1.《消毒产品生产企业卫生许可证》申请表。  □2.公安或工商部门等出具的变更情况真实性的证明材料。  □3.《消毒产品生产企业卫生许可证》原件。  生产方式、生产项目、生产类别发生改变申请变更卫生许可证的企业，按新办消毒产品生产企业卫生许可的规定提供材料，并提供企业《消毒产品生产企业卫生许可证》原件。 | | | | | | | | |
| **补**  **发** | □1.《消毒产品生产企业卫生许可证》申请表。 | | | | | | | | |
| **注**  **销** | □1.《消毒产品生产企业卫生许可证》申请表。  □2.企业《消毒产品生产企业卫生许可证》原件。 | | | | | | | | |
| **其他需要说明的问题：** | | | | | | | | | |
| **保证书**  本申请表中所填写的内容和所附材料均真实、合法、有效符合国家有关规范、标准和规定。如有不实之处我单位愿负相应的法律责任并承担由此所造成的一切后果。  申请单位（盖章） 法定代表人（签字）  2016 年 8 月 8日 | | | | | | | | | |

公共场所卫生许可裁量基准

一、适用范围

本裁量基准规定了公共场所卫生许可的申请主体、许可主体、申请条件依据、许可申请、变更、注销程序、申报数量限制及收费情况。

本裁量基准适用于申请公共场所卫生许可。

二、申请主体

大连市公共场所。

三、许可主体

市、县两级卫生计生行政部门。

四、申请条件和依据

1.《中华人民共和国行政许可法》

2.《公共场所卫生管理条例》第四条：国家对公共场所以及新建、改建、扩建的公共场所的选址和设计实行‘卫生许可证’制度。‘卫生许可证’由县以上卫生行政部门签发。

3.《公共场所卫生管理条例实施细则》（2011年3月10日中华人民共和国卫生部令第80号）第二十二条：国家对公共场所实行卫生许可证管理。公共场所经营者应当按照规定向县级以上地方人民政府卫生行政部门申请卫生许可证。未取得卫生许可证的，不得营业。

4.《国务院关于在更大范围推进“证照分离”改革试点工作的意见》在深入总结上海市浦东新区“证照分离”改革试点经验基础上，在天津、辽宁、浙江、福建、河南、湖北、广东、重庆、四川、陕西10个自贸试验区，复制推广上海市改革试点成熟做法。试点期为本意见印发之日起至2018年12月21日。

五、首次申请许可程序

申请人应当向审批部门提交以下申请材料：

1.卫生许可证申请书；（一份）

2.营业执照或组织机构代码证；（验原件，收一份复印件）

3.法定代表人（负责人）身份证；（验原件，收一份复印件）

4.经营场所地址方位示意图，平面图和卫生设施平面布局图（标明比例尺寸且包括功能间、卫生设施、卫生设备）；（一份）

5.公共场所卫生管理制度；（除危害健康事故处置办法外，可提交制度目录一份，现场审查时审核）

6.公共场所卫生检测或评价报告；（可承诺补充提交）

7.使用集中空调通风系统的，提供集中空调通风系统卫生学检测或评价报告；（可承诺补充提交，限于2018年3月30日至2018年12月21日期间，经营地位于大连高新技术产业园区、大连经济技术开发区、大连长兴岛经济技术开发区、旅顺经济技术开发区、大连金普新区的企业）

8.如委托办理的，还需提供：授权委托书、委托人及被委托人身份证复印件。（一份）

六、许可变更程序

申请人应当向审批部门提交以下申请材料：

1.卫生许可证申请书；

2.原卫生许可证；

3.变更经营项目、实际经营场所地址的，参照新办卫生许可提供材料；变更单位名称、地址、法定代表人或负责人的，需要提供营业执照变更核准通知书或可以证明变更事项信息的同等效力文件；（一份）

4.如委托办理的，还需提供：授权委托书、委托人及被委托人身份证复印件。（一份）

七、许可延续程序

申请人应当向审批部门提交以下申请材料：

1.卫生许可证申请书；（一份）

2.原卫生许可证；

3.如委托办理的，还需提供：授权委托书、委托人及被委托人身份证复印件。（一份）

八、申报数量限制及收费情况

无申报数量限制。不收费用。

九、办理时限：

法定时限：20个工作日

承诺时限：8个工作日



**卫生许可证申请表**

（公共场所）

|  |  |
| --- | --- |
| 申 请 单 位： | XXXX酒店 |
| 申 请 日 期： | 如实填写 |

大连市卫生和计划生育委员会

填 报 材 料 要 求

本表适用于各类由市卫计委审批的公共场所的卫生许可申请。

填写此表须使用黑或蓝黑色钢笔或签字笔填写，要求书写规范、字迹清晰、纸面整洁，不得空项、涂改，空白处以“无”字填写，内容真实、完整、清楚、不得涂改。

使用A4规格纸张打印（图纸可以使用A3规格），打印内容标题用宋体字2号字、正文用仿宋体3号字，复印材料要求纸面清晰并与原件完全一致，按申请表提交材料目录的顺序分类，各项材料应当使用明显标志区分；

除检验报告及官方证明文件外，申请材料原件应当逐页加盖申请单位公章；

委托办理的需要提交授权委托书，并提供受委托人身份证明。

大连市公共行政服务中心卫生计生委审批窗口

地址：大连市甘井子区东北北路101号

联系电话：65850166

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请单位 | | | XX酒店 | | | | | | | | | 经济性质 | | | | 如实填写 | | |
| 注册地址 | | | 申报单位营业执照地址 | | | | | | | | | 法定代表人  (负责人/业主) | | | | 张三 | | |
| 经营地址 | | | 申报实际经营地址 | | | | | | | | | 单位电话 | | | | 如实填写 | | |
| 建筑面积 | | | 1000㎡ | | | | 员工总人数 | | | 20 | | 从业人员数 | | | | 15 | | |
| 卫生管理部门 | | | 如实填写 | | | | 卫生管理  人 员 | | | 李四 | | 职务 | | | | 店长 | | |
| 统一社会  信用代码 | | | 如实填写 | | | | 设计审查  认可书号 | | | 如实填写 | | 联系人电话 | | | | 如实填写 | | |
| 申请许可事项 | | | □新办 □延续 □变更 | | | | | | | | | 原卫生许可证号 | | | | 如实填写 | | |
| 申请许可项目 | | | 如实填写 | | | | | | | | | | | | | | | |
| **申 报 材 料 目 录（按申请许可事项准备下列材料）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **新 办** | | * 卫生许可证申请表 * 营业执照或组织机构代码证原件和复印件 * 法定代表人（负责人/业主）身份证明原件及复印件 * 经营场所地址方位示意图，经营场所平面图和卫生设施布局平面图（标明比例尺寸、   包括功能间、卫生设施、设备等）   * 公共场所卫生管理制度及危害健康事故处置办法（除危害健康事故处置办法外，可提交制度目录，现场审查时审核） * 公共场所技术服务机构出具的公共场所卫生检测或者评价报告原件及复印件 * 使用集中空调通风系统的，提供集中空调通风系统卫生检测或者卫生学评价报告和集中空调通风系统竣工图纸及应急预案 * 如委托办理的，还需提供：授权委托书、委托人及被委托人身份证复印件。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **延 续** | | * 卫生许可证申请表 * 原卫生许可证及其复印件 * 如委托办理的，还需提供：授权委托书、委托人及被委托人身份证复印件。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **变 更** | | * 卫生许可证申请表 * 原卫生许可证及复印件 * 与变更项目相关的材料（变更经营项目、实际经营场所地址的参照新办卫生许可提供材料，变更单位名称、地址、法定代表人或负责人的需要提供营业执照变更核准通知书或可以证明变更事项信息的同等效力文件） * 如委托办理的，还需提供：授权委托书、委托人及被委托人身份证复印件。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **公共用品用具清洗消毒** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **清洗方式：**  自行清洗：□手工清洗 □机械清洗 所用设备 （填设备名称）  外送清洗：单位名称 实际清洗单位 （提供委托清洗合同及营业执照）  **消毒方式：**  物理消毒：煮沸消毒物品： 用此种方式消毒的物品名称  蒸汽消毒物品： 用此种方式消毒的物品名称  消毒柜消毒物品：用此种方式消毒的物品名称  消毒柜种类：□ 紫外线 □ 红外线 □ 臭氧 □其它 消毒原理  化学消毒：药物名称 消毒剂 消毒物品 用此种方式消毒的物品名称  药物名称 消毒剂 消毒物品 用此种方式消毒的物品名称  其他方式：名 称 消毒原理 消毒物品 用此种方式消毒的物品名称  名 称 消毒原理 消毒物品 用此种方式消毒的物品名称  **一次性用品：** □ 茶杯 □拖鞋 □ 袜套 □剃刀 □ 胡刷 □ 其它 一次性公用物品 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **空调通风系统** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 空 调 类 型 | | | | | □集中空调系统 □独立式空调系统（打勾） | | | | | | | | | | | | |
| 集中空调系统提供单位： 集中空调物业运营单位**（以下表格如实填写，无划“/”）** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 空调场所名称 | | | | |  | | | | | 空调场所面积（m2） | | | | | |  | |
| 总制冷量(KW) | | | | |  | | | | | 新风量 (m3/h·人) | | | | | |  | |
| 散 热 方 式 | | | | | □风 冷 □水 冷 □其 他（打勾） | | | | | | | | | | | | |
| 新风口离开放式冷却塔、排风口及其他污染源最短距离(m) | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| 新风来源 | | | | | □直接来自室外 □机房楼道天棚吊顶等间接吸取 | | | | | | | | | | | | |
| 空气净化消毒装置 | | | | | □有 □无 | | | | | 空气消毒设备名称 | | | | |  | | |
| 开放式冷却塔 | | | | | □有 □无 | | | | | 空调风管检查口 | | | | | □有 □无 | | |
| 回风和新风  应急关闭装置 | | | | | □有 □无 | | | | | 送风口及回风口  防鼠装置 | | | | | □有 □无 | | |
| 预防空气传播性疾病的卫生学评价报告 | | | | | | | | | | □有 □无 | | | | | | | |
| **用水来源** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □市政直供水 □二次供水 □自备水源□其他（除市政直供水需提交卫生许可） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **公共场所及卫生设施** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **设 施 名 称** | | | | **间 数** | | **面 积（m2）** | | | **所 在 位 置（楼 层）** | | | | | | | |
| **住宿场所** | | 客 房 | | | | 5 | | 30 | | | 4层 | | | | | | | |
| 清洗消毒间 | | | |  | |  | | |  | | | | | | | |
| 储藏间（布草间） | | | |  | |  | | |  | | | | | | | |
| 洗 衣 房 | | | |  | |  | | |  | | | | | | | |
| 员工工作间 | | | |  | |  | | |  | | | | | | | |
| 员工更衣间 | | | |  | |  | | |  | | | | | | | |
| 公共卫生间 | | | |  | |  | | |  | | | | | | | |
| 清 洁 间 | | | |  | |  | | |  | | | | | | | |
| 其 他 | | | |  | |  | | |  | | | | | | | |
| **洗浴场所** | | 休 息 室 | | | |  | |  | | |  | | | | | | | |
| 储 藏 间 | | | |  | |  | | |  | | | | | | | |
| 清洗消毒间 | | | |  | |  | | |  | | | | | | | |
| 拖鞋消毒处 | | | |  | |  | | |  | | | | | | | |
| 公共卫生间 | | | |  | |  | | |  | | | | | | | |
| 池浴循环净化  消毒装置 | | | |  | |  | | |  | | | | | | | |
| **游泳场所** | | 更 衣 室 | | | |  | |  | | |  | | | | | | | | |
| 淋 浴 间 | | | |  | |  | | |  | | | | | | | | |
| 清洗消毒间 | | | |  | |  | | |  | | | | | | | | |
| 拖鞋消毒处 | | | |  | |  | | |  | | | | | | | | |
| 公共卫生间 | | | |  | |  | | |  | | | | | | | | |
| 池水循环净化  消毒装置 | | | |  | |  | | |  | | | | | | | | |
| 强制淋浴设施 | | | |  | |  | | |  | | | | | | | | |
| 强制浸脚消毒池 | | | |  | |  | | |  | | | | | | | | |
| 其 他 | | | |  | |  | | |  | | | | | | | | |
|  | | **设 施 名 称** | | | | **间 数** | | | **面 积（m2）** | | | **所 在 位 置（楼 层）** | | | | | | |
| **美容美发场所** | | 清洗消毒间 | | | | 3 | | | 20 | | | 1层 | | | | | | |
| 染发、烫发间 | | | |  | | |  | | |  | | | | | | |
| 从业人员  更衣间（柜） | | | |  | | |  | | |  | | | | | | |
| 储藏间（柜） | | | |  | | |  | | |  | | | | | | |
| 其 他 | | | |  | | |  | | |  | | | | | | |
| **文化娱乐场所** | | 影 剧 院 | | | | 2 | | | 3000 | | | 2层 | | | | | | |
| 歌厅、舞厅 | | | |  | | |  | | |  | | | | | | |
| 游 艺 厅 | | | |  | | |  | | |  | | | | | | |
| 消 毒 间 | | | |  | | |  | | |  | | | | | | |
| 公共卫生间 | | | |  | | |  | | |  | | | | | | |
| 其 他 | | | |  | | |  | | |  | | | | | | |
| **其他公共场所** | |  | | | |  | | |  | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | |  | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | |  | | |  | | | | | | |
| 其他情况说明(没有请填写“无”)： | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请单位（人）盖章或签字：  本次申请填写表格和所附资料均真实、合法、有效，复印件和原件一致，与实际情况相符。如有不实之处，我（单位）愿负相应法律责任，并承担由此造成的一切后果。    （公 章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

个人剂量监测、放射防护器材和含放射性产品检测、医疗机构放射性危害评价等

技术服务机构认定裁量基准

一、适用范围

本裁量基准规定了个人剂量监测、放射防护器材和含放射性产品检测、医疗机构放射性危害评价等技术服务机构认定的申请主体、许可主体、申请条件依据、许可申请、变更、注销程序、申报数量限制及收费情况。

本裁量基准适用于申请个人剂量监测、放射防护器材和含放射性产品检测、医疗机构放射性危害评价等技术服务机构认定。

二、申请主体

大连市个人剂量监测、放射防护器材和含放射性产品检测、医疗机构放射性危害评价等技术服务机构。

三、许可主体

市、县两级卫生计生行政部门。

四、申请条件和依据

1.《放射卫生技术服务机构管理办法》（卫监督发〔2012〕25号）第三条：从事放射卫生技术服务的机构，必须取得卫生部或者省级卫生行政部门颁发的《放射卫生技术服务机构资质证书》。

2.辽宁省人民政府《关于取消和下放一批行政职权项目的决定》（辽政发〔2013〕21号）第二十二条第（二）项第7目：颁发《放射卫生技术服务机构资质证书》。

五、首次申请许可程序

申请人应当向审批部门提交以下申请材料：

1.放射卫生技术服务机构资质审定申请表；（一份）

2.法人资格证明材料复印件；（一份）

3.申请单位简介；（一份）

4.质量管理手册和程序文件目录；（一份）

5.专业技术人员情况一览表；（一份）

6.专业技术人员的专业技术职称证书和培训考核证明复印件；（一份）

7.相关仪器设备清单；（一份）

8.工作场所使用证明（房屋产权证明复印件或租赁合同复印件，一份）；

9.计量认证合格证书复印件；（一份）

10.如委托办理的，还需提供：授权委托书、委托人及被委托人身份证复印件。（一份）

八、申报数量限制及收费情况

无申报数量限制。不收费用。

九、办理时限：

法定时限：20个工作日

承诺时限：8个工作日

放射卫生技术服务机构资质审定申请表

申请机构名称： 申请单位名称（加盖公章）

（公章）

法定代表人： 李某某

填表日期： 2016 年 08 月 08 日

**大连市卫生和计划生育委员会制**

填 表 说 明

1．本申请表由申请放射卫生技术服务资质的机构填写后报卫生行政部门。

2．填写时，文字要简练，不得涂改，空格处以“无”字填写，并用A4纸打印。

3．单位名称、地址等项目要填写全称。

4．“单位性质”一栏填写“国有”、“集体”、“民营”、“个体”等。

5．申请资料一式二份，并提供电子版1份。

6．所有申请资料应逐页加盖申请单位公章（可以是骑缝章）。

大连市公共行政服务中心 市卫生计生委行政审批办

地址：大连市甘井子区东北北路101号

联系电话：65850166

放射卫生技术服务机构资质审定申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请机构名称 | 如实填写 | | 单位性质 | | 国有/民营/集体/个人 | | | |
| 申请机构地址 | 如实填写 | | 电话 | | 12345678 | | 传真 | 12345678 |
| 邮政编码 | 116000 | 电子邮箱 | 123456@sina.com | | | | | |
| 法定代表人 | 李某某 | | 职务 | 如实填写 | | | | |
| 联系人 | 王某 | | 职务 | 如实填写 | | 电话 | | 13912345678 |
| 放射卫生  技术服务  范围及  资质等级 | （一）放射诊疗建设项目职业病危害放射防护评价（ ）  1.甲级资质□  2.乙级资质□（此处可选）  （二）放射防护器材和含放射性产品检测（ ）  1.放射防护器材检测□  2.含放射性产品检测□  （三）放射卫生防护检测（ ）（此处可选）  （四）个人剂量监测（ ）（此处可选） | | | | | | | |
| 资料清单 | （一）放射卫生技术服务机构资质审定申请表  （二）法人资格证明材料（复印件）；  （三）申请单位简介；  （四）质量管理手册和程序文件目录；  （五）专业技术人员情况一览表；  （六）专业技术人员的专业技术职称证书和培训考核合格证明（复印件）；  （七）相关仪器设备清单；  （八）工作场地使用证明（房屋产权房产证明复印件或租赁合同复印件）；  （九）计量认证合格证书（复印件）； （十）如委托办理的，还需提供：授权委托书、委托人及被委托人身份证复印件。 | | | | | | | |
| 本申请表中所填写的内容和所附材料均真实、合法、有效符合国家有关规范、标准和规定。如有不实之处我单位愿负相应的法律责任并承担由此所造成的一切后果。  申请机构法定代表人：李某某（签字） 申请机构：单位名称  （签章） （公章）  2016年08月 08 日 2016年08 月08日 | | | | | | | | |

**专业技术人员情况一览表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 出生年月 | 职称/职务 | 从事专业 | 专业工作年限 |
| 1 | 刘某 | 男 | 1980年1月 | 中级/科长 | 个人剂量监测 | 10年 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**相关仪器设备清单**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 仪器设备名称 | 型号 | 计量检定  （校准）有效期 | 生产  厂家 | 用途 | 数量 | 状态 |
| 1 | γ射线测量仪 | TCS-172B | 2016年8月8日 | 日本阿洛卡 | γ射线的测定 | 1 | 合格 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

放射源诊疗技术和医用辐射机构许可

裁量基准

一、适用范围

本裁量基准规定了放射源诊疗技术和医用辐射机构许可的申请主体、许可主体、申请条件依据、许可申请、变更、注销程序、申报数量限制及收费情况。

本裁量基准适用于申请放射源诊疗技术和医用辐射机构许可。

二、申请主体

大连市放射源诊疗技术和医用辐射机构。

三、许可主体

市、县两级卫生计生行政部门。

四、申请条件和依据

1.《放射性同位素与射线装置安全和防护条例》（国务院令第449号）第八条第二款：使用放射性同位素和射线装置进行放射诊疗的医疗卫生机构，还应当获得放射源诊疗技术和医用辐射机构许可。

2.《放射诊疗管理规定》（中华人民共和国卫生部令第46号）第四条第二款：医疗机构开展放射诊疗工作，应当具备与其开展的放射诊疗工作相适应的条件，经所在地县级以上地方卫生行政部门的放射诊疗技术和医用辐射机构许可（以下简称放射诊疗许可）。

3.《辽宁省放射诊疗许可证发放程序》第三条：医疗机构开展放射诊疗工作，应当按照本程序向卫生行政部门提出申请，取得《放射诊疗许可证》后，方可从事许可范围内的放射诊疗工作，并承担相应的法律责任。

4.辽宁省人民政府《关于取消和下放一批行政职权项目的决定》（辽政发〔2013〕21号）第二十二条第（二）项第6目：放射诊疗技术和医用辐射机构许可。

五、首次申请许可程序

申请人应当向审批部门提交以下申请材料：

1.放射诊疗许可申请表(收一份原件）；

2.《医疗机构执业许可证》或《设置医疗机构批准书》（收一份复印件）；

3.专业技术职务任职资格证书或专业技术培训证明（收一份复印件）；

4.放射诊疗设备清单(收一份原件）；

5.放射诊疗建设项目竣工验合格证明文件（收一份复印件）；

6.安全防护专（兼）职管理人员名单(收一份原件）；

7.安全防护管理制度及放射事件应急处理预案(收一份原件）；

8.非法定代表人办理，需提供法定代表人委托授权书、法定代表人和被委托人居民身份证复印件（正反两面）。

六、许可变更程序

申请人应当向审批部门提交以下申请材料：

1.放射诊疗许可申请表；(收一份原件）

2.放射诊疗许可证》正、副本；

3.变更许可项目、实际经营场所地址的参照新办许可提供材料；变更医疗机构名称、负责人、地址的需要提供营业执照变更核准通知书或可以证明变更事项信息的同等效力文件；射线装置、放射性同位素变动的需要提交验收批复或注销申请；

4.非法定代表人办理，需提供法定代表人委托授权书、法定代表人和被委托人居民身份证复印件（正反两面）。（一份）

八、许可注销程序

申请人应当向审批部门提交以下申请材料：

1.由法定代表人签字的注销放射诊疗许可证书面申请(收一份原件）；

2.原《放射诊疗许证》正副本(收原件）；

3.非法定代表人办理，需提供法定代表人委托授权书、法定代表人和被委托人居民身份证复印件（正反两面）。（一份）

九、申报数量限制及收费情况

无申报数量限制。不收费用。

十、办理时限：

法定时限：20个工作日

承诺时限：8个工作日

**放射诊疗许可申请表**

申请单位：（公章） 大连XX医院

填表日期： 2016年8月8日

大连市卫生和计划生育委员会制

填 写 说 明

一、医疗机构应当在申请表封面加盖医疗机构公章；

二、医疗机构基本情况及申请许可内容由医疗机构填写；

三、申请表需用钢笔或签字笔填写，要求准确、工整，不得空项、涂改，空格处以“无”填写。文字材料要求用A4纸打印；

四、凡文字前有□者，应当选择与申请内容相符的方框中打√ ；

五、提交的所有材料均须加盖医疗机构公章或法定代表人签字；

五、单位名称、地址等项目要填写全称；

六、本申请表填写后连同其它提交材料报卫生计生委行政审批办。

大连市公共行政服务中心 卫生计生委行政审批办

地址：大连市甘井子区东北北路101号

联系电话：65850166

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 | 大连XX医院 | | | | |
| 地 址 | 如实填写 | | | | |
| 法定代表人 | 王某某 | 部门负责人 | 李某 | 单位电话 | 12345678 |
| 联系人 | 刘某 | 所在部门 | 感染科 | 联系人电话 | 手机号码 |
| 许可证号 | 如实填写（新办不填） | | 放射工作人员数 | | 54 |
| 许可项目 | **√**新办 □校验 □变更 □补发 □注销（如实填写） | | | | |
| 申请许可项目 | （以下内容如实填写，在方块内打勾）  □放射治疗  □立体定向（γ刀、X刀）治疗  □医用加速器治疗  □质子等重粒子治疗  □钴-60机治疗  □后装治疗  □深部X射线机治疗  □敷贴治疗  □其他放射治疗项目  □核医学  □PET影像诊断  □SPECT影像诊断  □γ相机影像诊断  □骨密度测量  □籽粒插植治疗  □放射性药物治疗  □其他核医学诊疗项目  □介入放射学  □DSA介入放射诊疗  □其他影像设备介入放射诊疗  □X射线影像诊断  □X射线CT影像诊断  □CR、DR影像诊断  □牙科X射线影像诊断  □乳腺X射线影像诊断  □普通X射线机影像诊断  □其它X射线影像诊断 | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 申请材料 | |
| 新办 | □放射诊疗许可申请表（2份）；  □《医疗机构执业许可证》或《设置医疗机构批准书》原件及复印件；  □放射诊疗工作人员一览表；  □放射诊疗工作人员专业技术职务任职资格证书复印件；  □放射工作人员证原件及复印件；  □放射诊疗设备一览表及其电子版；  □放射诊疗建设项目卫生审查批复文件复印件；  □安全防护专（兼）职管理人员名单；  □安全防护管理制度及放射事件应急处理预案；  □按法律、法规、规章要求需要提供的其他资料。 |
| 校验 | □放射诊疗许可申请表；  □《医疗机构执业许可证》副本原件及复印件；  □放射诊疗工作人员一览表；  □变动放射工作人员专业技术职务任职资格书和放射工作人员证复印件；  □放射诊疗设备一览表及其电子版；  □本年度放射诊疗设备性能与辐射工作场所检测报告原件及复印件；  □《放射诊疗许可证》副本原件及复印件；  □放射诊疗工作人员个人剂量检测报告原件及复印；  □放射诊疗工作人员职业健康检查结果报告书原件及复印；  □校验周期内放射事件发生及处理材料；  □按法律、法规、规章要求需要提供的其他资料。 |
| 变更 | □放射诊疗许可申请表；  □原《放射诊疗许证》正副本原件及复印件；  □变更申请报告及与变更项目相关的材料（参照新办放射诊疗许可提供材料）；  □按法律、法规、规章要求需要提供的其他资料。 |
| 补发 | □放射诊疗许可申请表；  □《医疗机构执业许可证》副本原件及复印件；  □平面媒体的遗失声明原件；  □按法律、法规、规章要求需要提供的其他资料。 |
| 注销 | □由法定代表人签字的注销放射诊疗许证书面申请；  □原《放射诊疗许证》正副本原件及复印件；  □按法律、法规、规章要求需要提供的其他资料。 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 非密封型放射性同位素 | 核素名称 | | 用 途 | | | | 物理  状态 | | | 最大年操作量(Bq) | | | 最大日操作量(Bq) | | | | 操作  场所 | |
| 碘-131 | | 甲亢治疗 | | | | 液体 | | | 9.620×109 | | | 1.85×108 | | | | 核医学科 | |
|  | |  | | | |  | | |  | | |  | | | |  | |
|  | |  | | | |  | | |  | | |  | | | |  | |
|  | |  | | | |  | | |  | | |  | | | |  | |
|  | |  | | | |  | | |  | | |  | | | |  | |
| 工作场所  级别(个数) | | | | | 甲级  □( ) | | | | 乙级  □( ) | | | | 丙级  □( ) | | | | |
| 密封型  放射性  同位素 | 核素  名称 | | | 活度  (Bq) | | | | 活度测  量日期 | | | | 生产  厂家 | | | | 所在  场所 | | |
| 铱192 | | | 3.7×1011 | | | | 2011.12 | | | | 北京双原同位素 | | | | 放疗科 | | |
|  | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | |
|  | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | |
|  | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | |
| 含密封源装置 | 编号 | 装置  名称 | | | 型号 | | | | 生产  厂家 | | 放 射 源 | | | | | | | 所在  场所 |
| 核素名称 | | 活度(Bq) | | 活度测量日期 | | |
| 1 | 后装治疗机 | | | microSelectronV3 | | | | 荷兰核通公司 | | 铱192 | | 3.7×1011 | | 2015.6 | | | 放射科 |
|  |  | | |  | | | |  | |  | |  | |  | | |  |
|  |  | | |  | | | |  | |  | |  | |  | | |  |
|  |  | | |  | | | |  | |  | |  | |  | | |  |
| 医疗机构意见 | 本申请表中所填写的内容和所附材料均真实、合法、有效符合国家有关规范、标准和规定。如有不实之处我单位愿负相应的法律责任并承担由此所造成的一切后果。      医疗机构(盖章)  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

职业病诊断资格证书核发裁量基准

一、适用范围

本裁量基准规定了职业病诊断资格证书核发的申请主体、许可主体、申请条件依据、许可申请、变更、注销程序、申报数量限制及收费情况。

本裁量基准适用于申请职业病诊断资格证书核发。

二、申请主体

大连市申请职业病诊断资格证书的医师。

三、许可主体

市级卫生计生行政部门。

四、申请条件和依据

1.《关于印发辽宁省职业病诊断机构审批和诊断医师资质认定管理办法（试行）的通知》第三条：我省范围内的医疗卫生机构从事职业病诊断，应当经省卫生计生委批准。我省范围内的医师从事职业病诊断工作，应当取得省卫生计生委颁发的职业病诊断资格证书。

2.《关于取消和下放一批行政职权项目的决定》将该事项下放至实际卫生计生行政部门。

五、首次申请许可程序

申请人应当向审批部门提交以下申请材料：

1.《辽宁省职业病诊断医师资格申请表》；（一份）

2.卫生专业技术职称证书；（验原件，交一份复印件）

3.从事职业病诊断相关工作3年以上，并由当前所在单位出具证明；申请人因工作调动等原因在当前所在单位工作不足3年的，由原任职单位和当前所在单位分别出具证明；（验原件，交一份复印件）

4.近两年内取得省级以上职业病诊断医师培训考试合格证书。（验原件，交一份复印件）

六、申报数量限制及收费情况

无申报数量限制。不收费用。

七、办理时限：

法定时限：20个工作日

承诺时限：8个工作日

辽宁省职业病诊断医师资格申请表

申请人姓名 ：

单 位 名 称：

填 表 时 间： 年 月 日

**辽宁省卫生和计划生育委员会制**

填 表 说 明

1、本表供执业医师申请职业病诊断医师资格认定使用。前半部分由申请人填写，后半部分由有关部门填写。填写的内容应经申请单位的人事或档案管理部门审核认可。

2、一律用钢笔或碳素笔填写，内容应具体、真实，字迹端正清楚。

3、“照片”用近期一寸免冠正面半身照。

4、专业学习及培训简历应从中学毕业后填起。

5、如填写内容较多，可另加附页。

基 本 情 况

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 李四 | 性别 | 男 | 出生年月 | 1991.2 | |  |
| 职 务 | 无 | 民族 | 汉 | 学 历 | 研究生 | |
| 身份证号码 | | 18位身份证号码 | | | | |
| 单 位 名 称 | | 如实填写 | | | | | |
| 通讯地址(邮政编码) | | 如实填写 | | | | | |
| 本人联系电话 | | 如实填写 | | | 传真 | 如实填写 | |
| 现有专业技术职务及取得时间、审批机关 | | 初、中、高级职称，如主治医师 和取得时间和审批机关（发证盖章机关） | | | | | |
| 所附资料清单 | | 如实填写 | | | | | |
| 申请专业 | | 1、职业性尘肺病及其他呼吸系统疾病  2、职业性放射性疾病  3、职业性化学中毒  4、物理因素所致职业病  5、职业性传染病  6、职业性皮肤病  7、职业性眼病  8、职业性耳鼻喉口腔疾病  9、职业性肿瘤  10、其他职业病  在相应空格画“√” | | | | | |

专业学习及培训简历

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 起止时间 | 学校及系、专业或培训  班名称(举办单位) | 学历 |
| 2001.9-2004.9 | 大连医科大学 临床医学专业 | 本科 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 起止时间 | 单 位 | 技术  职务 | 从事何专业  技术工作 | 证明人 |
| 2005.9至今 | 大连市X医院 | 无 | 医师 | 张三 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

从事职业病防治、诊疗等相关工作经历

|  |
| --- |
| 本人专业技术工作述评  (专业技术特长、成就、公开发表论文、专著等)  本人签字：  年 月 日 |
| 单位 (执业机构)意见  负责人：  公 章  年 月 日 |
| 卫生计生行政部门审核意见  负责人：  公 章  年 月 日 |

乡村医生执业注册裁量基准

一、适用范围

本裁量基准规定了乡村医生执业注册的申请主体、许可主体、申请条件依据、许可申请、变更、注销程序、申报数量限制及收费情况。

本裁量基准适用于申请乡村医生执业注册。

二、申请主体

大连市乡村医生。

三、许可主体

县级卫生计生行政部门。

四、申请条件和依据

《乡村医生从业管理条例》第十条：本条例公布前的乡村医生，取得县级以上地方人民政府卫生行政主管部门颁发的乡村医生证书，并符合下列条件之一的，可以向县级人民政府卫生行政主管部门申请乡村医生执业注册，取得乡村医生执业证书后，继续在村医疗卫生机构执业：

（一）已经取得中等以上医学专业学历的；

（二）在村医疗卫生机构连续工作20年以上的；

（三）按照省、自治区、直辖市人民政府卫生行政主管部门制定的培训规划，接受培训取得合格证书的。

五、首次申请许可程序

申请人应当向审批部门提交以下申请材料：

1.《乡村医生执业注册申请表》；（一份）

2.申请人居民身份证；（验原件，收一份复印件）

3.申请人二寸免冠正面半身照片1张；

4.在村卫生室从业的证明材料；（一份，如劳动合同或协议等）

5.医疗机构执业许可证复印件。（一份）

六、申报数量限制及收费情况

无申报数量限制。不收费用。

七、办理时限：

法定时限：20个工作日

承诺时限：8个工作日

大连市乡村医生执业注册申请表

区市县： 庄河市

乡 镇： 吴炉镇

姓 名： 徐某某

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | | 徐某某 | 性别 | 男 | 民 族 | 汉族 | 近期大  二寸免  冠正面  半身照片 | |
| 政治面貌 | | 无 | 婚姻 | 已婚 | 手 机 | 131… |
| 身份证号 | | 21028319XXXXXXXXXX | | | 电 话 | 898… |
| 家庭地址 | | 庄河市吴炉镇X村X屯 | | | 邮 编 | 116… |
| 毕业学校 | | 大连 | | | 所 学  专 业 | 如实  填写 |
| 毕业日期 | | XXXX年XX月XX日 | | | 初 始  学 历 | 如实  填写 | 最 高  学 历 | 如实填写 |
| 从事村医  起始时间 | | XXXX年XX月XX日 | | | 技 术  职 称 | 如实  填写 | 身 体  状 况 | 如实填写 |
| 工 资 发  放 形 式 | | 如实填写 | | | 参加保  险种类 | 如实  填写 | 保金缴纳方式 | 如实填写 |
| 拟 聘 用  机构名称 | | 如实填写 | | | 机 构  电 话 | 如实填写 | | |
| 机构地址 | | 如实填写 | | | | | | |
| 证件名称 | | 编号 | | 发证时间 | | 颁发部门 | | |
| 乡村医生  执业证书 | | 如实填写 | | 如实填写 | | 如实填写 | | |
| 执业医师  证 书 | | 如实填写 | | 如实填写 | | 如实填写 | | |
| 执业助理  医师证书 | | 如实填写 | | 如实填写 | | 如实填写 | | |
| 资格考试  合格证书 | | 如实填写 | | 如实填写 | | 如实填写 | | |
| 医学专业  毕 业 证 | | 如实填写 | | 如实填写 | | 如实填写 | | |
| 工  作  简  历 | 时间 | 单位 | | 技术职务 | | 证明人 | | |
| 如实填写 | 如实填写 | | 如实填写 | | 如实填写 | | |
| 如实填写 | 如实填写 | | 如实填写 | | 如实填写 | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 工  作  简  历 | 时间 | 单位 | 技术职务 | | 证明人 |
| 如实填写 | 如实填写 | 如实填写 | | 如实填写 |
| 如实填写 | 如实填写 | 如实填写 | | 如实填写 |
| 如实填写 | 如实填写 | 如实填写 | | 如实填写 |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
| 本人确认以上信息无误，现申请乡村医生执业（再）注册。  申请人（签名）徐某某 手写签名 XXXX年XX月XX日 | | | | | |
| 拟执业机构意见：  同意徐某某在本村医疗卫生机构执业。  负责人签名：手写签名  （公章）  XXXX年XX月XX日 | | | | 拟执业机构所属地区乡镇卫生院意见：  负责人签名：  （公章）  年 月 日 | |

高致病性病原微生物菌（毒）种或样本

运输审批裁量基准

一、适用范围

本裁量基准规定了高致病性病原微生物菌（毒）种或样本运输审批的申请主体、许可主体、申请条件依据、许可申请、变更、注销程序、申报数量限制及收费情况。

本裁量基准适用于申请高致病性病原微生物菌（毒）种或样本运输审批。

二、申请主体

大连市开展高致病性病原微生物菌（毒）种或样本运输的单位。

三、许可主体

市级卫生计生行政部门。

四、申请条件和依据

1.《病原微生物实验室生物安全管理条例》（中华人民共和国国务院令第424号）第十一条：运输高致病性病原微生物菌（毒）种或者样本，应当经省级以上人民政府卫生主管部门或者兽医主管部门批准。

2.《可感染人类的高致病性病原微生物菌（毒）种或样本运输管理规定》（中华人民共和国卫生部令第45号）第四条：运输高致病性病原微生物菌（毒）种或样本，应当经省级以上卫生行政部门批准；第九条 申请在省、自治区、直辖市行政区域内运输高致病性病原微生物菌（毒）种或样本的，由省、自治区、直辖市卫生行政部门审批。

3.辽宁省人民政府《关于取消和下放一批行政职权项目的决定》（辽政发〔2013〕21号）第二十二条第（二）项第11目：市辖区域内运输高致病性病原微生物菌（毒）种或者样本批准。

4.《关于调整可感染人类的高致病性病原微生物菌（毒）种或样本运输审批工作的通知》（辽卫函〔2013〕618号）第一条：在设区的市行政区域内运输可感染人类的高致病性病原微生物菌（毒）种或样本的，由辖区内设区的市级卫生行政部门负责审批；

第二条：沈阳市以外的地区，申请向省疾病预防控制中心运输可感染人类的高致病性病原微生物菌（毒）种或样本的，应持有《可感染人类的高致病性病原微生物菌（毒）种或样本运输申请表》等相关资料向省疾病预防控制中心提出申请，经省疾病预防控制中心出具书面确认意见同意接收后，申请人到所在地设区的市级卫生行政部门办理《可感染人类的高致病性病原微生物菌（毒）种或样本准运证书》。

5.《辽宁省人民政府关于取消调整一批行政职权事项的决定》（辽政发〔2015〕21号）省政府取消下放的行政职权事项目录第155项：市际间运输高致病性病原微生物菌（毒）种或者样本许可下放至市级卫生计生行政主管部门。

五、首次申请许可程序

申请人应当向审批部门提交以下申请材料：

1.可感染人类的高致病性病原微生物菌（毒）种或样本运输申请表；

2.申请单位法人资格材料复印件;

3.接收单位同意接收的文件复印件；

4.接收单位具备从事高致病性病原微生物实验活动资格的文件复印件；

5.容器或包装材料的批准文号、合格证书（复印件）或者高致病性病原微生物菌（毒）种或样本运输容器或包装材料承诺书；

6.首次申请运输的书面报告，续办的需提供上期运输情况书面报告；

7. 非法人办理，需提供法人委托授权书，法人和被委托人身份证复印件（正反两面）。

裁量标准：接收单位为大连市疾病预防控制中心和大连市结核病医院的，申请单位不用提供第3、4项材料，由市卫生计生委核查。所有申请材料一式三份，复印件加盖公章。

六、申报数量限制及收费情况

无申报数量限制。不收费用。

七、办理时限：

法定时限：20个工作日

承诺时限：8个工作日

可感染人类的高致病性病原微生物菌（毒）种

或样本运输申请表

申请单位：大连XX医院

联系人: 郭某 吴某

手机号:13300000000 13800000000

固定电话:0411-00000000

传真:0411-00000000

电子邮箱:XXXXXX@163.com

填表说明

1、按申请表的格式，如实地逐项填写。

2、申请表填写内容应完整、清楚、不得涂改。

3、填写此表前，请认真阅读有关法规及管理规定。未按要求申报的，将不予受理。

4、病原微生物分类及名称、运输包装分类见原卫生部制定的《人间传染的病原微生物名录》。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 菌（毒）种或样本 | 名称  （中英文） | 分类/  UN编号 | | 规格及数量 | | | | | | | | | | | 来源 |
| 样品状态 | | | 每包装容量 | | | 包装数量 | | | | |
| 艾滋病毒（I型和II型）Human Immunodeficiency virus（HIV）typy 1 and 2 virus | A/UN2814 | | 全血 | | | 5ml | | | 1-5管 | | | | | 医院患者 |
| 运输目的 | HIV筛查阳性样品送确认实验室确认 | | | | | | | | | | | | | | |
| 主容器 | 5ml真空采血管 | 辅助容器 | | 95kpa专用密封罐 | | | | | 填充物 | | | 海绵、泡沫 | | | |
| 外包装 | 生物安全运输箱  (4BU/Class6.2/09,CN/21000806-QF) | | | 制冷剂名称与数量 | | | | | 6个冰排 | | | | | | |
| 拆检注意事项 | 高致病性微生物，需在BSL-2实验室拆开，运输途中严禁拆解 | | | | | | | | | | | | | | |
| 运输起止地点 | 起点 | （如实填写地址，大连XX医院） | | | | | | | | | | | | | |
| 终点 | （如实填写地址，大连市疾病预防控制中心） | | | | | | | | | | | | | |
| 运输次数 | 多次 | 运输日期 | | | 2016年8月8日-2017年2月7日 | | | | | | | | | | |
| 接收单位 | 名称 | 大连市疾病预防控制中心 | | | | | | | | | | | | | |
| 地址 | 如实填写 | | | | | | | | | | | | | |
| 负责人 | 李某 | 联系电话 | | | 0411-00000000 | | | | | 手机 | | 13300000000 | | |
| 运输方式 | 陆路，专人专车，车号：辽B12345，司机：徐某 | 运输工作  负责人 | 1.郭某  2.吴某 | | | 职务或  职称 | | 科长  科员 | | | 工作电话  手机 | | | 0411-12345678；  13300000000 | |

|  |
| --- |
| 本申请表中所填写的内容和所附材料均真实、合法、有效符合国家有关规范、标准和规定。如有不实之处我单位愿负相应的法律责任并承担由此所造成的一切后果。  申请运输单位审查意见：同意  法定代表人：赵某  公章  2016年 8 月 8 日 |
| 所附资料（请在所提供资料前的□内打“√”）  √1.申请单位有效的法人证书复印件;  √2.接收单位出具的同意接收的证明文件复印件；  √3.接收单位具备从事高致病性病原微生物实验活动资格的证明文件复印件；  √4.容器或包装材料的批准文号复印件、合格证书复印件或者高致病性病原微生物菌（毒）种或样本运输容器或包装材料承诺书。  √5.其它有关资料 |
| 其它需要说明的问题 |

办理《可感染人类的高致病性病原微生物菌（毒）种或样本运输准运证书》委托授权书

现委托王某（身份证号：（如实填写）

单位 大连XX医院 职务 检验科主任 ）全权办理《可感染人类的高致病性病原微生物菌（毒）种或样本运输准运证书》的一切事宜。

法定代表人（签字）：张某

被委托人（签字）：王某

单位公章

XX年XX月XX日

**注：此委托授权书的附件为法定代表人和被委托人的身份证复印件（正反两面），要求在身份证复印件上，压着身份证上面的文字打印或手写上“复印件仅办理准运证时使用有效”的字样。**

高致病性病原微生物菌（毒）种或样本运输容器或包装材料承诺书

（样式）

本人确认次运输高致病性病原微生物菌（毒）种或样本运输容器或包装材料符合以下要求：

1、高致病性病原微生物在运输过程中要求采取三层包装系统，由内到外分别为主容器、辅助容器和外包装。

2、高致病性病原微生物菌（毒）种或者样本应正确盛放在主容器内，主容器要求无菌、不透水、防泄漏。主容器可以采用玻璃、金属或塑料等材料，必须采用可靠的防漏封口，如热封、带缘的塞子或金属卷边封口。主容器外面要包裹有足够的样本吸收材料，一旦有泄漏可以将所有样本完全吸收。主容器的表面贴上标签，标明标本类别、编号、名称、样本量等信息。

3、辅助容器是在主容器之外的结实、防水和防泄漏的第二层容器，它的作用是包装及保护主容器。多个主容器装入一个辅助容器时，必须将它们分别包裹，防止彼此接触，并在多个主容器外面衬以足够的吸收材料。相关文件（例如样品数量表格、危险性申明、信件、样品鉴定资料、发送者和接收者信息）应该放入一个防水的袋中，并贴在辅助容器的外面。

4、辅助容器必须用适当的衬垫材料固定在外包装内，在运输过程中使其免受外界影响，如破损、浸水等。

5、在使用冰、干冰或其他冷冻剂进行冷藏运输时，冷冻剂必须放在辅助容器和外包装之间，内部要有支撑物固定，当冰或干冰消耗以后，仍可以把辅助容器固定在原位置上。如使用冰，外包装必须不透水。如果使用干冰，外包装必须能够排放二氧化碳气体，防止压力增加造成容器破裂。在使用冷冻剂的温度下，主容器和辅助容器必须能保持良好性能，在冷冻剂消耗完以后，仍能承受运输中的温度和压力。

6、当使用液氮对样品进行冷藏时，必须保证主容器和辅助容器能适应极低的温度。此外，还必须符合其他有关液氮的运输要求。

7、主容器和辅助容器须在使用制冷剂的温度下，以及在失去制冷后可能出现的温度和压力下保持完好无损。主容器和辅助容器必须在无泄漏的情况下能够承受95kPa的内压，并能保证在－40℃到＋55℃的温度范围内不被损坏。

8、外包装是在辅助容器外面的一层保护层，外包装具有足够的强度，并按要求在外表面贴上统一的标识。

申请单位法人签字：张某 XX年XX月XX日

首次申请运输情况报告

我单位为首次办理《可感染人类的高致病性病原微生物菌（毒）种或样本运输准运证书》，特此证明。

单位名称（公章）：大连XX医院

XX年XX月XX日

上期运输情况报告

我单位在《可感染人类的高致病性病原微生物菌（毒）种或样本运输准运证书》大卫微准运字（2016）年23号（运输日期2016年0 4月06日— 2016年10月05日）有效期内，共运输过 1 次菌（毒）种或样本，特此证明。

单位名称（公章）

XX年XX月XX日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 样品编号 | 送检单位 | 样品状态 | 样品量 | 送样日期 | 送样人 | 接样人 |
| 1 | 35 | 大连XX医院 | 全血 | 5ml | 2016.4.7 | 郭某 | 张某 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**注：如果运输的次数多就列上面这样一个表，如实填写运输情况，并附上1-2个交接单复印件。如果运输次数不多，需要将所有的运输交接单都复印附在后面。**

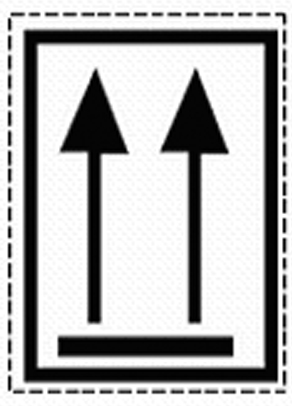
**1.高致病性病原微生物危险标签**



**2.高致病性病原微生物运输登记表**

|  |
| --- |
| 收样单位:大连市疾病预防控制中心  详细地址:（如实填写）  邮政编码:（如实填写）  联系人: 张某 联系电话:（如实填写） |
| 送样单位:大连XX医院  详细地址:（如实填写）  邮政编码:（如实填写）  联系人: 郭某 联系电话:（如实填写） |

**3.外包装放置方向标识**



**注：可感染人类的高致病性病原微生物菌（毒）种或样本运输包装标识需贴在箱子上，申请材料里不需要。**

医疗机构放射性职业病危害建设项目

预评价报告审核裁量基准

一、适用范围

本裁量基准规定了医疗机构放射性职业病危害建设项目预评价报告审核的申请主体、许可主体、申请条件依据、许可申请、变更、注销程序、申报数量限制及收费情况。

本裁量基准适用于申请医疗机构放射性职业病危害建设项目预评价报告审核。

二、申请主体

大连市开展放射性职业病危害建设项目的医疗机构。

三、许可主体

市、县两级卫生计生行政部门。

四、申请条件和依据

1.《中华人民共和国职业病防治法》第十七条：医疗机构建设项目可能产生放射性职业病危害的，建设单位应当向卫生行政部门提交放射性职业病危害预评价报告。卫生行政部门应当自收到预评价报告之日起三十日内，作出审核决定并书面通知建设单位。未提交预评价报告或者预评价报告未经卫生行政部门审核同意的，不得开工建设。

2.《放射诊疗管理规定》（2006年1月24日中华人民共和国卫生部令第46号）第十二条：新建、扩建、改建放射诊疗建设项目，医疗机构应当在建设项目施工前向相应的卫生行政部门提交职业病危害放射防护预评价报告，申请进行建设项目卫生审查。

3.《放射诊疗建设项目卫生审查管理规定》（2012年4月12日卫监督发〔2012〕25号）第七条：建设单位应当在放射诊疗建设项目施工前向卫生行政部门申请建设项目职业病危害放射防护预评价审核。

4.辽宁省人民政府《关于取消和下放一批行政职权项目的决定》（辽政发〔2013〕21号）第二十二条：（二）下放市级政府卫生主管部门管理13项：4．放射治疗、核医学建设项目的职业病危害放射防护评价审核。

五、首次申请许可程序

申请人应当向审批部门提交以下申请材料：

1.放射诊疗建设项目职业病危害放射防护预评价报告审核申请表(收一份原件）；

2.建设项目职业病危害放射防护预评价报告（危害严重类的放射诊疗建设项目，应提供由承担评价的放射卫生技术服务机构组织专家评审资料，包括评审专家的组成、专家评审意见、评审意见处理情况及专家组复核意见等，收一份原件）；

3.非法定代表人办理，需提供法定代表人委托授权书、法定代表人和被委托人居民身份证复印件（正反两面）。

六、申报数量限制及收费情况

无申报数量限制。不收费用。

七、办理时限：

法定时限：20个工作日

承诺时限：8个工作日

放射诊疗建设项目职业病危害放射防护

预评价报告审核申请表

项目名称： 数字化医用X线摄影系统放射诊疗建设项目

建设单位（公章）： 大连XX医院

申请日期： 2017年8月8日

**填 报 材 料 要 求**

1. 本申请表须使用黑或蓝黑色钢笔或签字笔填写，要求书写规范、字迹清晰，要求纸面整洁，不得空项涂改，空白处以“无”字填写，凡文字前有 □ 者，应选择与申请内容相符的方框中打√ ；
2. 本表和相关申请许可事项可在大连市卫生和计划生育委员会网站（http//www.dlhfpc.dl.gov.cn）进行查询、下载和打印；
3. 提交材料（图纸除外）应使用A4规格纸张复印、打印，复印材料要求纸面清晰，并与原件完全一致；
4. 提交的所有材料均须加盖单位公章。

大连市公共行政服务中心 卫生计生委行政审批办

地址：大连市甘井子区东北北路101号

联系电话：65850166

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项 目 名 称 | 数字化医用X线摄影系统放射诊疗建设项目 | | | | | |
| 项 目 地 址 | 如实填写 | | | | | |
| 项 目 性 质 | □新 建 □改 建 □扩 建（如实填写，在方块内打勾） | | | | | |
| 法定代表人 | 王某 | | | 项目负责人 | 李某 | |
| 联 系 人 | 刘某 | 所在部门 | 感染科 | | 联系电话 | 13300000000 |
| 总投资概算（万元） | 100万元 | | | 放射防护投资概算（万元） | | 50万元 |
| 建设单位地址 | 如实填写 | | | | 邮政编码 | 116000 |
| 设 计 单 位 | 如实填写 | | | | | |
| 预评价单位 | 如实填写 | | | | | |
| 申 报 材 料：（如实填写，在方块内打勾） | | | | | | |
| * 放射诊疗建设项目职业病危害放射防护预评价报告审核申请表 | | | | | | |
| * 建设项目职业病危害放射防护预评价报告 | | | | | | |
| * 申请人需要提交的其他资料 | | | | | | |
| 本申请表中所填写的内容和所附材料均真实、合法、有效符合国家有关规范、标准和规定。如有不实之处我单位愿负相应的法律责任并承担由此所造成的一切后果。  （单位公章）  2017年 8 月 8 日 | | | | | | |

医疗机构放射性职业病危害建设项目

竣工验收裁量基准

一、适用范围

本裁量基准规定了医疗机构放射性职业病危害建设项目竣工验收的申请主体、许可主体、申请条件依据、许可申请、变更、注销程序、申报数量限制及收费情况。

本裁量基准适用于申请医疗机构放射性职业病危害建设项目竣工验收。

二、申请主体

大连市开展放射性职业病危害建设项目的医疗机构。

三、许可主体

市、县两级卫生计生行政部门。

四、申请条件和依据

1.《放射诊疗管理规定》（2006年1月24日中华人民共和国卫生部令第46号）第十三条第一款：医疗机构在放射诊疗建设项目竣工验收前，应当进行职业病危害控制效果评价；并向相应的卫生行政部门提交下列资料，申请进行卫生验收。

2.《放射诊疗建设项目卫生审查管理规定》（2012年4月12日卫监督发〔2012〕25号）第十条：放射诊疗建设项目竣工后，建设单位应向审核建设项目职业病危害放射防护预评价的卫生行政部门申请竣工验收。

3.辽宁省人民政府《关于取消和下放一批行政职权项目的决定》（辽政发〔2013〕21号）第二十二条：（二）下放市级政府卫生主管部门管理13项：5．放射治疗、核医学建设项目的职业病危害放射防护设施竣工验收。

五、首次申请许可程序

申请人应当向审批部门提交以下申请材料：

1.放射诊疗建设项目职业病放射防护设施竣工验收申请表(收一份原件）；

2.放射诊疗建设项目职业病危害控制效果放射防护评价报告(收一份原件）；

3.放射诊疗建设项目职业病危害预评价审核同意证明材料（验原件，收一份复印件）；

4.非法定代表人办理，需提供法定代表人授权委托书、法定代表人和被委托人居民身份证复印件（正反两面）。

六、申报数量限制及收费情况

无申报数量限制。不收费用。

七、办理时限：

法定时限：20个工作日

承诺时限：8个工作日

放射诊疗建设项目职业病放射防护设施

竣工验收申请表

项目名称： 数字化医用X线摄影系统放射诊疗建设项目

建设单位（公章）： 大连XX医院

申请日期： 2017年8月8日

**填 报 材 料 要 求**

1.本申请表须使用黑或蓝黑色钢笔或签字笔填写，要求书写规范、字迹清晰，要求纸面整洁，不得空项涂改，空白处以“无”字填写，凡文字前有 □ 者，应选择与申请内容相符的方框中打√ ；

2.本表和相关申请许可事项可在大连市卫生和计划生育委员会网站（http//www.dlhfpc.dl.gov.cn）进行查询、下载和打印；

3.提交材料（图纸除外）应使用A4规格纸张复印、打印，复印材料要求纸面清晰，并与原件完全一致；

4.提交的所有材料均须加盖单位公章。

大连市公共行政服务中心 卫生计生委行政审批办

地址：大连市甘井子区东北北路101号

联系电话：65850166

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项 目 名 称 | 数字化医用X线摄影系统放射诊疗建设项目 | | | | | | | | | | |
| 工 程 地 址 | 如实填写 | | | | | | | | | | |
| 项 目 性 质 | □新 建 □改 建 □扩 建 （如实填写，在方块内打勾） | | | | | | | | | | |
| 法定代表人 | 王某 | | | 项目负责人 | | | | | | 李某 | |
| 联 系 人 | 刘某 | | 所在部门 | 感染科 | | | 联系电话 | | | | 13300000000 |
| 实际总投资(万元) | 100万元 | | | 其中放射防护实际投资 | | | | | | | 50万元 |
| 建设单位地址 | 如实填写 | | | | | | | | 邮政编码 | | 116000 |
| 建设项目卫生审查 | 报告编制单位 | 如实填写 | | | | 审 查 机 关 | | | | | 如实填写 |
| 审 查 时 间 | 2016年8月8日 | | | | 审查批准文号 | | | | | 大卫放预字[2016]1号 |
| 放射防护控制效果评价单位 | 如实填写 | | | | | | | | | | |
| 辐射源项 | 装置 | | 装置名称 | | 数字化医用X线摄影系统 | | | | | | |
| 型号 | | Digital Dragnost 3 | | | | | | |
| 生产厂家 | | 飞利浦 | | | | | | |
| 设备编号 | | 14-F0110 | | | | | | |
| 主要参数 | | 管电压：140kV；管电流：800mA | | | | | | |
| 所在场所 | | 门诊楼一楼201室 | | | | | | |
| 放射性同位素（名称、活度） | | | | 如实填写 | | | | | | |
| 放射卫生管理制度（如实填写，在方块内打勾） | 设置或指定的放射防护管理机构与管理人员 | | | | | | | □有 □无 | | | |
| 放射防护管理制度和操作规程 | | | | | | | □有 □无 | | | |
| 放射卫生档案和健康监护档案 | | | | | | | □有 □无 | | | |
| 放射事故应急救援处理预案 | | | | | | | □有 □无 | | | |
| 申报材料：（如实填写，在方块内打勾）  □ 放射诊疗建设项目职业病放射防护设施竣工验收申请表  □ 放射诊疗建设项目职业病危害控制效果放射防护评价报告  □ 放射诊疗建设项目职业病危害预评价审核同意证明材料  □ 涉及到大型医用设备配置规划管理的（2016年7月29日以后购买的设备不必提交），应提供《大型医用设备配置许可证》或相应卫生行政部门下发的大型医用设备配置许可批复文件  □ 申请人需要提交的其他资料 | | | | | | | | | | | | | |
| 本申请表中所填写的内容和所附材料均真实、合法、有效符合国家有关规范、标准和规定。如有不实之处我单位愿负相应的法律责任并承担由此所造成的一切后果。  （单位公章）  2017年 8月 8日 | | | | | | | | | | | | | |

计划生育技术服务机构执业许可裁量基准

一、适用范围

本裁量基准规定了计划生育技术服务机构执业许可的申请主体、许可主体、申请条件依据、许可申请、变更、注销程序、申报数量限制及收费情况。

本裁量基准适用于申请计划生育技术服务执业许可。

二、申请主体

大连市计划生育技术服务机构。

三、许可主体

市级卫生计生行政部门。

四、申请条件和依据

1.《中华人民共和国行政许可法》

2.《计划生育技术服务管理条例》（国务院令第309号）第二十一条：设立计划生育技术服务机构，由设区的市级以上地方人民政府计划生育行政部门批准，发给《计划生育技术服务机构执业许可证》，并在《计划生育技术服务机构执业许可证》上注明获准开展的计划生育技术服务项目。

3.《计划生育技术服务机构执业管理办法》(国家计划生育委员会令第6号)第二条第二款：省、自治区、直辖市计划生育行政部门负责设区的市级以上计划生育技术服务机构的设置审批、执业许可审批和校验;设区的市级计划生育行政部门负责县、乡计划生育技术服务机构的设置审批、执业许可审批和校验。

五、首次申请许可程序

申请人应当向审批部门提交以下申请材料：

1.《计划生育技术服务机构设置批准书》或《条例》实施前已取得的执业许可证明文件；

2.计划生育技术服务机构执业许可申请表；（一份）

3.计划生育技术服务机构用房产权证明或者使用证明；（验原件，交一份复印件）

4.计划生育技术服务机构建筑设计平面图；（验原件，交一份复印件）

5.计划生育技术服务机构科室设置情况报告；（加盖公章）

6.计划生育技术服务机构法定代表人和主要负责人、科室负责人及主要技术骨干名录和有关资格证书、执业证书、任职履历证明复印件；（一份，加盖公章）

7.设备清单；（一份，加盖公章）

8.计划生育技术服务机构规章制度目录。（一份，加盖公章，具体内容在现场评审环节审核）

六、申报数量限制及收费情况

无申报数量限制。不收费用。

七、办理时限：

法定时限：20个工作日

承诺时限：8个工作日

编号：

**计划生育技术服务机构执业许可**

**申 请 表**

申请单位名称 如实填写

所有制性质 如实填写

上级主管部门 如实填写

地 址 如实填写

联 系 电 话 如实填写

**填 表 说 明**

1、本表由申请《计划生育技术服务机构执业许可证》的单位逐项填写，报发证部门审批。

2、本表的受理机关和发证部门指市（地、州）级以上计划生育行政部门。

3、“一般情况”中批准文号指设置计划生育技术服务机构批准书的批准文号。

4、“法定代表人”指代表经过法定程序取得法人资格的组织行使职权的负责人。

5、“主要负责人”指主持本机构工作的负责人。

6、“设备情况”的第二部分所指的主要器械和设备是指与所开展的计划生育技术服务项目有关的设备和主要器械。各种节育手术包可只列“套”数，不需详细开列具体器械。

7、“人员情况”中“取得何种资格证书”，包括执业医师、执业助理医师、执业药师、护士、乡村医生及计划生育技术服务合格证书等，如一人取得两个及以上的证书，请逐项填写。

8、“上级主管部门”指申请机构的直接上级主管部门。

9、评审及审查意见，要求评审或审查成员逐一签字。

10、本表中凡有“其它”栏的，均应填写具体内容或项目。

**一、一般情况**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称（全称） | 大连市XX计划生育技术服务站 | | | | | |
| 批准文号 | 如实填写 | | | | | |
| 地 址 | 大连市XX街道1号 | | | | | |
| 邮政编码 | 116000 | | 电 话 | | 86706264 | |
| 所有制形式 | 全民 | | | | | |
| 上级主管部门 | 大连市卫生计生委 | | | | | |
| 法定代表人 | 姓 名 | 张三 | | 性 别 | | 男 |
| 出生年月 | 1988.5 | | 专 业 | | 临床医学 |
| 职 务 | 院长 | | 技术职称 | | 中级 |
| 最高学历 | 本科 | | | | |
| 主要负责人 | 姓 名 | 李四 | | 性 别 | | 男 |
| 出生年月 | 1988.5 | | 专 业 | | 临床医学 |
| 职 务 | 副院长 | | 技术职称 | | 正高 |
| 最高学历 | 本科 | | | | |

**二、房屋、科室、床位情况：**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 占 地 面 积 | 2000㎡ | | | |
| 工作用房建筑面积 | 500㎡ | | | |
| 其中业务用房面积 | 1500㎡ | | | |
| 手术室建筑面积 | 50㎡ | | | |
| 工 作 用 房 系 | 自 建 | 划 拨 | 租 用 | 其 他 |
| 床 位 数 | 10 | | | |
| 固定资产及流动资金 | 固定资产 | 1000万元 | 流动资金 | 300万元 |
| 设置科室（科室名称） | 如实填写 | | | |

**三、设备情况**

1. 基本设备情况（如实填写）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名 称 | 数 量 | 名 称 | 数 量 |
| 1、手术床（张） | 1 | 7、电动吸引器 | 5 |
| 2、四孔以上无影灯（台） |  | 8、脚踏吸引器 |  |
| 3、手术器械台（台） |  | 9、高压消毒锅（台） | 4 |
| 4、输氧设备（套） |  | 10、急救车（辆） |  |
| 5、B型超声诊断仪 |  | 11、康复床（张） | 3 |
| 6、显微镜（台） |  | 12、麻醉机（台） |  |

1. 主要器械和设备（参照填表说明第六条填写）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名 称 | 数 量 | 型 号 | 价 值 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**四、人员情况**（参照填表说明第七条填写）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 性别 | 年 龄 | 文化程度及  毕业院校 | 专业 | 职务及  职称 | 取得何种  资格证书 | 备 注 |
| 张三 | 男 | 28 | 大连大学本科 | 临床 | 中级 | 妇产科 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**五、申报服务项目（打√）**

1、计划生育技术指导、咨询和随访

2、避孕药具服务

3、避孕和节育的医学检查

4、放置宫内节育器（IUD）

5、取出宫内节育器（IUD）

6、人工流产术：

（1）负压吸宫术

（2）钳刮术

（3）米非司酮药物流产术

（4）其它

7、输精管绝育术

（1）输精管结扎术

（2）输精管粘堵术

（3）其它

8、输卵管绝育术

（1）输卵管结扎术

（2）腹腔镜输卵管结扎术

（3）其它

9、引产术

（1）利凡诺羊膜腔内引产术

（2）水囊引产术

（3）其它

10、输精管复通术

11、输卵管复通术

12、皮下埋植避孕术

（1）左炔诺孕酮皮下埋植

（2）其它

13、不育症诊治

14、计划生育手术并发症和药具不良反应诊治

15、其它生殖保健服务项目

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 提交的所有证件清单 |  | |
| 主 管 部 门 意 见 | 负责人： （部门印章）    年 月 日 | |
| 发证部门材料审查意见 | 负责人： （部门印章）  年 月 日 | |
| 评审小组评审意见（注明技术服务许可证项目） | 评审组组长（签名）    年 月 日 | |
| 评审组成员 |  | |
| 发证部门  审批意见 | 登记号 |  |
| 经办人（签名） 负责人 （部门印章）    年 月 日 | |

计划生育技术服务人员合格证审批裁量基准

一、适用范围

本裁量基准规定了计划生育技术服务人员合格证审批的申请主体、许可主体、申请条件依据、许可申请、变更、注销程序、申报数量限制及收费情况。

本裁量基准适用于申请计划生育技术服务人员合格证审批。

二、申请主体

大连市计划生育技术服务人员。

三、许可主体

市级卫生计生行政部门。

四、申请条件和依据

1.《中华人民共和国行政许可法》

2. 《计划生育技术服务管理条例实施细则》（中华人民共和国国家计划生育委员会令第6号）第三十三条：计划生育技术服务人员实行持证上岗的制度。从事计划生育技术服务的各类技术人员，应当经过相应的业务培训，熟悉相关的专业基础理论知识和实际操作技能，了解国家和地方的计划生育政策，掌握计划生育技术标准、服务规范，取得《合格证》，按《合格证》载明的服务项目提供服务。在计划生育技术服务机构或从事计划生育技术服务的医疗、保健机构中从事计划生育技术服务的人员的《合格证》的审批、校验及其管理分别由设区的市级以上地方人民政府计划生育行政部门、县级以上地方人民政府卫生行政部门负责。

3.《辽宁省计划生育技术服务人员岗位资格认定管理办法》(辽计生委〔2003〕16号) 第五条第二款：设区的市计划生育行政部门和卫生行政部门在各自的职责范围内分别负责管理本行政区域内计划生育技术服务机构和医疗保健机构中计划生育技术服务人员岗位资格认定的申报人员资格审查、考试考核、审批发证、《合格证》校验及其他管理工作。

五、首次申请许可程序

申请人应当向审批部门提交以下申请材料：

1.计划生育技术服务人员申请表；（一份）

2.申请人身份证原件及复印件。（验原件，交复印件）

六、申报数量限制及收费情况

无申报数量限制。不收费用。

七、办理时限：

法定时限：20个工作日

承诺时限：8个工作日

**大连市计划生育技术服务人员申请审核表**

姓 名： 牛爱花

工 作 单 位： 大连市妇女儿童医疗中心

现所在岗位： 计划生育门诊

填 报 日 期： 2018 年 3 月 1 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | | 牛爱花 | 性别 | | 女 | | 身份证号 | 210…… | | | 照  片  （二寸） |
| 技术  职称 | | 医师 | | | | | 文 化  程 度 | 本科 | | |
| 毕业院校及专业 | | XX医科大学 临床医学专业 | | | | | 获 何  学 位 | 学士 | | |
| 现从事  专 业 | | 计划生育 | | | | 从事计划生育  技术服务的时间 | | | 2018年 1 月 | |
| 学  习  简  历 | 何年何月至何年何月 | | | 何学校（或何单位）何专业学习（或进修） | | | | | | 获学历、学位、证书情况 | |
| 2009.9-2012.9 | | | 大连医科大学 临床医学专业学习 | | | | | | 本科学历 | |
|  | | |  | | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | |  | |
| 工  作  履  历 | 何年何月至何年何月 | | | 在何地何单位何岗位从事何工作 | | | | | | 任何技术职务 | |
| 2018.1至今 | | | 大连市妇女儿童医疗中心 计划生育门诊 | | | | | | 主治医师 | |
|  | | |  | | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| 何时何地何原因受过何种奖励 | 无 |
| 何论文在何刊物发表获取得何科研成果、突出贡献 | 在XX杂志刊登XX文章 |
| 近3年内无医疗事故、无违反计划生育技术常规、工作规范和职业道德等行为 | 无 |
| 近2年内是、否受过行政纪律处分 | 无 |
| 何时何地何原因受过其他何种处罚 | 无 |
| 工 作 单 位  初 审 意 见 | 经办人签字：  年 月 日 |
| 市卫生计生委 审批办审核人员  意 见 | 审核人签字：  年 月 日 |
| **市卫生计生委**  **审批办意见** | 审批办主任签字：  年 月 日 |

医疗、保健机构开展计划生育技术服务的许可裁量基准

一、适用范围

本裁量基准规定了医疗、保健机构开展计划生育技术服务许可的申请主体、许可主体、申请条件依据、许可申请、变更、注销程序、申报数量限制及收费情况。

本裁量基准适用于申请医疗、保健机构开展计划生育技术服务的许可。

二、申请主体

大连市开展计划生育技术服务的医疗机构。

三、许可主体

市、县两级卫生计生行政部门。

四、申请条件和依据

1.《计划生育技术服务管理条例》第二十二条：从事计划生育技术服务的医疗、保健机构，由县级以上地方人民政府卫生行政部门审查批准，在其《医疗机构执业许可证》上注明获准开展的计划生育技术服务项目，并向同级计划生育行政部门通报。

1.《辽宁省医疗保健机构计划生育技术服务管理办法(暂行)》第四条：市级卫生行政部门负责对从事计划生育技术服务的县级以上医疗、保健机构的审批；县级卫生行政部门负责对从事计划生育技术服务的乡镇卫生院的审批。

五、首次申请许可程序

申请人应当向审批部门提交以下申请材料：

1.医疗机构执业许可证副本原件及复印件；(收取原件及一份复印件)

2.医疗机构申请变更登记注册书；(交一份原件)

3.拟开展计划生育技术服务项目的人员花名册；(交一份并加盖公章)

4.拟开展计划生育技术服务项目的人员职称证书、辽宁省计划生育技术服务合格证复印件；(复印件加盖公章)

5.拟开展计划生育技术服务项目的科室房屋布局平面图；(加盖公章)

6.拟开展计划生育技术服务项目的设备清单；(加盖公章)

7.符合《辽宁省医疗保健机构计划生育技术服务项目基本标准(试行)》要求的各类规章制度目录。（具体内容在现场审核阶段核查）

六、申报数量限制及收费情况

无申报数量限制。不收费用。

七、办理时限：

法定时限：20个工作日

承诺时限：8个工作日

**医疗机构申请变更登记注册书**

医疗机构名称 大连xx医院 （章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| P | D | Y | 5 | 6 | 8 | 7 | 2 | 2 | 2 | 1 | 0 | 2 | 2 | 2 | 1 | 7 | A | 1 | 0 | 0 | 1 |

登 记 号

（医疗机构代码）

法定代表人 （章）

（主要负责人）xxx

申 请 日 期 XXXX年 XX月 XX日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （一）申请变更登记情况 | | | |
| 项 目 | 原核准登记事项 | | 申请变更登记事项 |
| 名 称 | 大连xx医院 | | —————— |
| 地 址 | 大连市XX区XX路36-1号 | | —————— |
| 法定代表人 | XX | | —————— |
| 主要负责人 | XX | | —————— |
| 所有制形式 | 其他 | | —————— |
| 服 务 对 象 | 社会 | | —————— |
| 服 务 方 式 | 门诊、住院 | | —————— |
| 注 册 资 金  （万元 ） | 合计：5600万 | | 合计：—————— |
| 固定5000万  资金 | | 固定——————  资金 |
| 流动600万  资金 | | 流动——————  资金 |
| 诊 疗 科 目 | 内科、外科（普外专业）、妇科专业、儿科、眼科（限于门诊）、医学影像科、医学检验科。 | | —————— |
| 床 位  (牙 椅) | 200张 | |  |
| 备 注 | 血液透析机4台 | | 增加计划生育专业（上取宫内节育器、负压吸宫人流术） |
| （二）提交文件、证件及上级主管部门意见 | | | |
| 申请变更登记  提交文件、证件 | | 1. 医疗机构执业许可证副本原件  2. 拟在该科室执业的医师的相关证件  3. 6个月之内的健康证明  4. 建筑平面图复印件  5. 区市县卫生计生行政部门初审意见  6.  本单位承诺所有申请材料均真实、合法、有效，复印件和原件一致，与实际情况相符。如有不实之处，我单位愿负相应法律责任，并承担由此造成的一切后果。  申请单位盖章 | |
| 申请变更  登记理由 | | 诊疗业务发展需要  法定代表人  （主要负责人）签字：xx xxxx年xx 月 xx日 | |
| 医疗机构地址：大连市XX区XX路36-1号  邮编： 116092 联系人： xx 电话：xxxxxxxxxxx | | | |
| 上级主管  部门签署  意见 | | Xxxx 年 xx 月 xx 日 （章） | |

销毁高致病性菌（毒）种或样本的批准

裁量基准

一、适用范围

本裁量基准规定了销毁高致病性菌（毒）种或样本的批准的申请主体、许可主体、申请条件依据、许可申请、变更、注销程序、申报数量限制及收费情况。

本裁量基准适用于申请销毁高致病性菌（毒）种或样本的批准。

二、申请主体

大连市开展销毁高致病性菌（毒）种或样本的机构。

三、许可主体

市级卫生计生行政部门。

四、申请条件和依据

1.《人间传染的病原微生物菌（毒）种保藏机构管理办法》第二十三条：销毁的菌（毒）种或样本属于本办法第十一条规定的应当经卫生部批准；销毁其他高致病性菌（毒）种或样本，应当经省级人民政府卫生行政部门批准；销毁第三、四类菌（毒）种或样本的，应当经保藏机构负责人批准。

2.《辽宁省人民政府关于取消调整一批行政职权事项的决定》将该职权下放至市级卫生计生行政部门。

五、首次申请许可程序

申请人应当向审批部门提交以下申请材料：

1.销毁高致病性菌（毒）样本申请表（一份）；

2.人间传染的病原微生物菌（毒）种保藏机构证书（一份）；

3.病原微生物实验室备案凭证；

4.销毁可靠性验证材料（标准操作规程等）。

注：(1)复印件用A4纸，每个菌（毒）种一份材料，需逐页加盖申请单位公章，多个菌（毒）种需按照菌（毒）种种类分别准备材料；

(2)非法定代表人办理，需提供法定代表人授权委托书，法定代表人和被委托人身份证复印件（正反两面）；

六、申报数量限制及收费情况

无申报数量限制。不收费用。

七、办理时限：

法定时限：20个工作日

承诺时限：8个工作日

销毁高致病性菌（毒）样本申请表

申请单位：大连XX医院

联系人: 郭某 吴某

手机号:13300000000 13800000000

固定电话:0411-00000000

传真:0411-00000000

电子邮箱:XXXXXX@163.com

填 表 说 明

1、按申请表的格式，如实地逐项填写。

2、申请表填写内容应完整、清楚、不得涂改。

3、填写此表前，请认真阅读有关法规及管理规定。未按要求申报的，将不予受理。

4、病原微生物分类及名称、运输包装分类见原卫生部制定的《人间传染的病原微生物名录》。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 菌（毒）种  或样本 | 名称  （中英文） | 分类/  UN编号 | 规格及数量 | | | |
| 样品状态 | 每包装容量 | | 包装数量 |
| 艾滋病毒（I型和II型）Human Immunodeficiency virus（HIV）typy 1 and 2 virus | A/UN2814 | 全血 | 5ml | | 1-5管 |
| 销毁原因 | 国家规定必须销毁/保藏物已丧失生物活性或被污染已不适于继续使用的/无继续保存价值 | | | | | |
| 保藏单位 | 大连市某某医院 | | | | | |
| 拟销毁方法 | 如实填写 | | 拟销毁方法是否经过可靠性验证 | | | 是 |
| 拟销毁实验室防护水平 | 如实填写 | | 拟销毁人员名单 | | 张某某、赵某某 | |
| 销毁后处置单位 | 大连市某某单位 | | | | | |

外国医师来华短期行医许可裁量基准

一、适用范围

本裁量基准规定了外国医师来华短期行医许可的申请主体、许可主体、申请条件依据、许可申请、变更、注销程序、申报数量限制及收费情况。

本裁量基准适用于申请外国医师来华短期行医许可。

二、申请主体

大连市申办外国医师来华短期行医的机构。

三、许可主体

市级卫生计生行政部门。

四、申请条件和依据

1.《外国医师来华短期暂行医管理办法》第三条：外国医师来华短期行医必须经过注册，取得《外国医师短期行医许可证》。

2.《辽宁省人民政府关于取消和下放一批行政职权项目的决定》将该职权下放至市级卫生计生行政部门。

五、首次申请许可程序

申请人应当向审批部门提交以下申请材料：

1.外国医师来华短期行医申请表；(一份)

2.外国医师学位证书公证件；(验原件，交一份复印件)

3.外国行医执照或行医权证书公证件；(验原件，交一份复印件)

4.外国医师近6个月以内的健康证明；(验原件，收一份复印件)

5.双方协议书；(协议书的内容至少包括：来华目的、开展的具体诊疗项目、开展诊疗活动的地点、拟在该机构工作的时间、行医执照的执业范围、双方承担的民事责任。同时应有双方签章)

6.医疗机构执业许可证副本复印件；(一份，加盖公章)

7.护照复印件；(一份，加盖公章)

8.若提交材料为外文材料，需提交相应的中文翻译件，中文翻译件加盖公章。

六、申报数量限制及收费情况

无申报数量限制。不收费用。

七、办理时限：

法定时限：20个工作日

承诺时限：8个工作日

外国医师来华短期行医申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申报单位(章) | 大连市中心医院 | | | | 照  片 |
| 联 系 人 | 张三 | | 联系电话 | 如实填写 |
| 外国医师  姓 名 | 性 别 | 国 籍 | 出 生  年月日 | 在华执业范围 |
| KING DONG | 男 | 美国 | 1988.5.16 | 口腔科 |
| 护照号码 | 学历 | 毕业院校 | | 所学专业 | 取得外国行医权时间 |
| 如实填写 | 本科 | 哈佛大学 | | 医学 | 2012 |
| 申请短期行医时间： 年 月 日至 年 月 日 | | | | | |
| 外  国  医  师  个  人  工  作  简  历 | 如实填写 | | | | |
| 医疗机构意见及承诺：  我单位同意聘用该医师，医师承诺在华短期行医期间将遵守我国医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章及诊疗护理规范、常规，尊重我市的风俗习惯。  我单位承诺所有申报材料真实有效。  （印章）  年 月 日 | | | | | |
| 填表说明：  医疗机构应如实填写上述信息，按要求提供全部申请材料。“在华执业范围”应与医疗机构执业许可证副本中的诊疗科目一致。 | | | | | |

港澳医师在大陆短期行医注册许可

裁量基准

一、适用范围

本裁量基准规定了港澳医师在大陆短期行医注册许可的申请主体、许可主体、申请条件依据、许可申请、变更、注销程序、申报数量限制及收费情况。

本裁量基准适用于申请港澳医师在大陆短期行医注册许可。

二、申请主体

大连市申办港澳医师短期行医的机构。

三、许可主体

市级卫生计生行政部门。

四、申请条件和依据

1.《香港、澳门特别行政区医师在内地短期行医管理规定》第三条：港澳医师在内地短期行医应当按照本规定进行执业注册，取得《港澳医师短期行医执业证书》。

2.《辽宁省人民政府关于取消和下放一批行政职权项目的决定》将该职权下放至市级卫生计生行政部门。

五、首次申请许可程序

申请人应当向审批部门提交以下申请材料：

1.港澳医师在内地短期行医申请表；（一份）

2.港澳永久居民身份证明材料复印件；(加盖医疗机构公章)

3.与申请执业范围相适应的医学专业最高学历证明复印件；(加盖医疗机构公章)

4.港澳医师的行医执照或者行医资格证明复印件；(加盖医疗机构公章)

5.近3个月内的体检健康证明复印件；(加盖医疗机构公章)

6.无刑事犯罪记录的证明复印件；(加盖医疗机构公章)

7.内地聘用医疗机构与港澳医师签订的协议书；(协议书的内容应包括：来内地目的、具体开展的诊疗项目、开展诊疗项目的地点、在该机构工作的时间、行医执照的执业范围、承担的民事责任。协议书应有双方签章)

8.前款3、4、5、6项的内容必须经过港澳地区公证机关的公证，并验证公证件原件。

六、申报数量限制及收费情况

无申报数量限制。不收费用。

七、办理时限：

法定时限：20个工作日

承诺时限：8个工作日

港澳医师在内地短期行医申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申报单位(章) | 大连市中心医院 | | | | 照  片 |
| 联 系 人 | 张三 | | 联系电话 | 如实填写 |
| 港澳医师  姓 名 | 性 别 | 地 区 | 出 生  年月日 | 申请在内地的 执业范围 |
| 李四 | 男 | 香港 | 1988.5.16 | 内科 |
| 医师电子邮箱 | 医师在港澳地区的通讯地址及电话 | | | 医师港澳永久居民身份证件号码 | |
| 如实填写 | 如实填写 | | | 如实填写 | |
| 医学专业最高 学历 | 毕业院校 | | | 所学专业 | 毕业时间 |
| 本科 | 香港大学 | | | 医学 | 2011.1 |
| 在港澳地区执业的医疗机构名称 | | | | 在港澳地区从事的执业范围 | |
| 大连市中心医院 | | | | 内科 | |
| 申请短期行医时间： （如实填写） 年 月 日至 年 月 日 | | | | | |
| 上  报  材  料  清  单 | 如实填写 | | | | |
| 医疗机构意见及承诺：  我单位同意聘用该医师，医师承诺在内地短期行医期间将遵守内地医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章及诊疗护理规范、常规，尊重我市的风俗习惯。  我单位承诺所有申报材料真实有效。  （  （（印章）  年 月 日 | | | | | |
| 填表说明：  医疗机构应如实填写上述信息，按要求提供全部申请材料。“申请在内地的执业范围”应与在港澳地区从事的执业范围和医疗机构执业许可证副本中的诊疗科目一致，并精确到二级科目。 | | | | | |

台湾医师在大陆短期行医许可裁量基准

一、适用范围

本裁量基准规定了台湾医师在大陆短期行医许可的申请主体、许可主体、申请条件依据、许可申请、变更、注销程序、申报数量限制及收费情况。

本裁量基准适用于申请台湾医师在大陆短期行医许可。

二、申请主体

大连市申办台湾医师短期行医的机构。

三、许可主体

市级卫生计生行政部门。

四、申请条件和依据

1.《台湾地区医师在大陆短期行医管理规定》第三条：台湾医师在大陆短期行医应当按照本规定进行执业注册,取得《台湾医师短期行医执业证书》。

2.《辽宁省人民政府关于取消和下放一批行政职权项目的决定》将该职权下放至市级卫生计生行政部门。

五、首次申请许可程序

申请人应当向审批部门提交以下申请材料：

1.台湾医师在大陆短期行医申请表；(一份)

2.台湾永久居民身份证明材料复印件；(加盖公章)

3.大陆聘用医疗机构与台湾医师签订的协议书；(协议书的内容至少包括：来大陆目的、开展的具体诊疗项目、开展诊疗项目的地点、在该医疗机构工作的时间、行医执照的执业范围、承担相应的民事责任。协议书应有双方签章)

4.与申请执业范围相适应的医学专业最高学历证明复印件；(加盖公章)

5.台湾医师的行医执照或者行医资格证明复印件；(加盖公章)

6.台湾地区出具的近3个月内的体检健康证明复印件；(加盖公章)

7.无刑事犯罪记录的证明复印件；(加盖公章)

8.前款4、5、6、7项的内容必须经过台湾地区公证机关的公证，并验证公证件原件。

六、申报数量限制及收费情况

无申报数量限制。不收费用。

七、办理时限：

法定时限：20个工作日

承诺时限：8个工作日

台湾医师在大陆短期行医申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申报单位(章) | 大连市中心医院 | | | | 照  片 |
| 联 系 人 | 张三 | | 联系电话 | 如实填写 |
| 台湾医师  姓 名 | 性 别 | 籍 贯 | 出 生  年月日 | 申请在大陆的 执业范围 |
| 李四 | 男 | 台湾地区 | 1980.1.1 | 内科 |
| 医师电子邮箱 | 医师在台湾地区的通讯地址及电话 | | | 医师台湾永久居民身份证件号码 | |
| 如实填写 | 如实填写 | | | 如实填写 | |
| 医学专业最高 学历 | 毕业院校 | | | 所学专业 | 毕业时间 |
| 本科 | 台湾大学 | | | 医学 | 2000.7 |
| 在台湾地区执业的医疗机构名称 | | | | 在台湾地区从事的执业范围 | |
| 大连市中心医院 | | | | 内科 | |
| 申请短期行医时间：2018年 1 月 2 日至 2021 年 1 月 1 日 | | | | | |
| 上  报  材  料  清  单 | 如实填写 | | | | |
| 医疗机构意见及承诺：  我单位同意聘用该医师，医师承诺在大陆短期行医期间将遵守大陆医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章及诊疗护理规范、常规，尊重我市的风俗习惯。  我单位承诺所有申报材料真实有效。  （  （（印章）  年 月 日 | | | | | |
| 填表说明：  医疗机构应如实填写上述信息，按要求提供全部申请材料。“申请在大陆的执业范围”应与在台湾地区从事的执业范围和医疗机构执业许可证副本中的诊疗科目一致，并精确到二级科目。 | | | | | |

放射工作人员许可裁量基准

一、适用范围

本裁量基准规定了放射工作人员许可的申请主体、许可主体、申请条件依据、许可申请、变更、注销程序、申报数量限制及收费情况。

本裁量基准适用于申请放射工作人员许可。

二、申请主体

大连市申办放射工作人员许可的医疗机构。

三、许可主体

市、县两级卫生计生行政部门。

四、申请条件和依据

1.《放射工作人员职业健康管理办法》第六条：放射工作人员上岗前，放射工作单位负责向所在地县级以上地方人民政府卫生行政部门为其申请办理《放射工作人员证》。

五、首次申请许可程序

申请人应当向审批部门提交以下申请材料：

1.放射工作人员证申请表和申请人员基本情况一览表(收一份原件）；

2.申请人居民身份证（验原件，收一份复印件，变更工作单位的无需提交）；

3.申请人二寸免冠正面半身照片1张（背面注明工作单位和姓名，变更工作单位的无需提交）；

4.上岗前职业健康检查报告（验原件，申请人应符合放射工作人员职业健康要求，收一份复印件）；

5.申请人经符合省级卫生行政部门规定条件的单位组织的放射防护和有关法律知识培训考核合格的材料（验原件，收一份复印件）；

6.申请人接受个人剂量监测的材料（申请日前3个月内，验原件，收一份复印件）；

7.非法定代表人办理，需提供法定代表人授权委托书、法定代表人和被委托人居民身份证复印件；

8.变更工作单位的，须在申请人员基本情况一览表中“备注” 项中标明，应提交原《放射工作人员证》，并附有新单位签署的同意意见。

六、申报数量限制及收费情况

无申报数量限制。不收费用。

七、办理时限：

法定时限：20个工作日

承诺时限：8个工作日

编号：

**放射工作人员证申请表**

申请单位（公 章）： 大连市XX医院（此处加盖公章）

地 址： 如实填写

邮政编码： 如实填写

申请人数： 如实填写

联系人： 王某某

部门： 如实填写

联系电话： 65850166

申请日期： 2016年8月8日

**填写说明**

一、“编号”一栏填写县以上行政区划代码（6位）＋序号(4位0001－9999)：XXXXXX-YYYY。

二、“工作岗位”一栏填写部门、科室、车间、工种等。

三、“职业照射种类代码”按下表填写。

|  |  |
| --- | --- |
| 照射源 | 职业照射种类及其代码 |
| 1核燃料循环 | 铀矿开采 1A 铀矿水冶 1B 铀的浓缩和转化 1C  燃料制造 1D 反应堆运行 1E 燃料后处理 1F  核燃料循环研究 1G |
| 2医学应用 | 诊断放射学 2A 牙科放射学 2B 核医学 2C  放射治疗 2D 介入放射学 2E 其它 2F |
| 3工业应用 | 工业辐照 3A 工业探伤 3B 发光涂料工业 3C  放射性同位素生产3D 测井3E 加速器运行3F 其它3G |
| 4天然源 | 民用航空 4A 煤矿开采 4B 其它矿藏开采 4C  石油和天然气工业4D 矿物和矿石处理4E 其它4F |
| 5其它 | 教育 5A 兽医学 5B 科学研究 5C 其它 5D |

四、“申请类型”一栏填写初次申请、变更等。

五、如申请类型为“变更”，应注明变更内容。

六、“申请人员基本情况一览表”可增加续页。

七、申报本表时需提交以下资料：

1. 申请人居民身份证（复印件）；
2. 申请人小2寸免冠正面半身照片1张（背面注明工作单位和姓名）；
3. 职业健康检查机构出具的申请人2年内经职业健康检查，符合放射工作人员职业健康要求的证明材料；
4. 申请人经符合省级卫生行政部门规定条件的单位组织的放射防护和有关法律知识培训考核合格的证明材料；
5. 申请人接受个人剂量监测的证明材料。

**注**：1.本表和相关申请许可事项可在大连市卫生和计划生育委员会网站（http//www.dlhfpc.dl.gov.cn）进行查询、下载和打印，联系电话：65850166；

2.提交材料应使用A4规格纸张复印、打印，复印材料要求纸面清晰，并与原件完全一致；

3.提交的所有材料均须加盖单位公章。

**申请人员基本情况一览表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **性别** | **居民身份证号码** | **从事放射**  **工作时间** | **工作岗位** | **职业照射种类代码** | **申请类型** | **变更项目** | **备注** |
| 1 | 李某 | 男/女 | 如实填写 | 2015年6月 | 如实填写 | 2A/2B/2C/2D/2E/2F | 初次申请/变更 | 填写变更内容 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

本申请表中所填写的内容和所附材料均真实、合法、有效符合国家有关规范、标准和规定。如有不实之处我单位愿负相应的法律责任并承担由此所造成的一切后果。

外国医疗团体来华短期行医许可裁量基准

一、适用范围

本裁量基准规定了外国医疗团体来华短期行医许可的申请主体、许可主体、申请条件依据、许可申请、变更、注销程序、申报数量限制及收费情况。

本裁量基准适用于申请外国医疗团体来华短期行医许可。

二、申请主体

大连市申办外国医疗团体来华短期行医许可的机构。

三、许可主体

市级卫生计生行政部门。

四、申请条件和依据

1.《外国医师来华短期暂行医管理办法》第三条：外国医师来华短期行医必须经过注册，取得《外国医师短期行医许可证》。

2.《辽宁省人民政府关于取消和下放一批行政职权项目的决定》将该职权下放至市级卫生计生行政部门。

五、首次申请许可程序

申请人应当向审批部门提交以下申请材料：

1.外国医疗团体来华短期行医申请书；(申请书的内容至少包括：外国医师基本信息、医师执业范围、申请短期行医的时间、拟到医疗机构开展的具体诊疗项目和对所申报材料真实性负责的声明)

2.外国医师学位证书公证件；(验原件，交一份复印件)

3.外国行医执照或行医权证书公证件；(验原件，交一份复印件)

4.外国医疗团体全体医师近6个月以内的健康证明；

5.邀请或聘用单位证明以及协议书或承担有关民事责任的声明书；(协议书或声明书的内容至少包括：来华目的、开展的具体诊疗项目、开展诊疗活动的地点、拟在该机构工作的时间、行医执照的执业范围、双方承担的民事责任。协议书或声明书应有双方签章)

6.医疗机构执业许可证副本复印件；(加盖公章)

7.护照复印件；(一份)

8.若提交材料为外文材料，需提交相应的中文翻译件，中文翻译件加盖公章。

六、申报数量限制及收费情况

无申报数量限制。不收费用。

七、办理时限：

法定时限：20个工作日

承诺时限：8个工作日

公共场所建设项目卫生审查裁量基准

一、适用范围

本裁量基准规定了公共场所建设项目卫生审查的申请主体、许可主体、申请条件依据、许可申请、变更、注销程序、申报数量限制及收费情况。

本裁量基准适用于申请公共场所建设项目卫生审查。

二、申请主体

大连市申办公共场所建设项目卫生审查的机构。

三、许可主体

市、县两级卫生计生行政部门。

四、申请条件和依据

1.《公共场所卫生管理条例实施细则》第二十六条：公共场所进行新建、改建、扩建的，应当符合有关卫生标准和要求，经营者应当按照有关规定办理预防性卫生审查手续。

五、首次申请许可程序

申请人应当向审批部门提交以下申请材料：

1.建设项目卫生审查申请表；（一份）

2.营业执照或组织机构代码证原件和复印件；（一份）

3.立项报告及批准文件；（一份）

4.卫生专篇（内容包括：周围污染源、风向、距离等状况；功能性房间设置状况；卫生设施状况；建材、装饰、装修材料状况等有关材料和证明），内容符合国家相关法律法规和标准的要求；（一份）

5.公共场所地址方位示意图（规划图）、平面图、剖面图和卫生设施平面布局图；（一份）

6.使用集中空调通风系统的，需要提交图纸、设计说明及其有关参数：包括空调通风系统具备的设施（应急关闭回风和新风装置、控制分区运行的装置、供风管系统清洗消毒可开闭的窗口，去除污染物的空气净化消毒装置，新风口的位置及其防护措施，送风口和回风口的防虫媒装置，开放式冷却塔的位置等；（一份）

7.如委托办理的，还需提供授权委托书、委托人及被委托人身份证复印件。（一份）

六、申报数量限制及收费情况

无申报数量限制。不收费用。

七、办理时限：

法定时限：20个工作日

承诺时限：8个工作日

****

建设项目卫生审查申请表

项目名称：如实填写

申请单位（公章）：如实填写

申请日期：如实填写

大连市卫生和计划生育委员会

填 报 材 料 要 求

本表适用于各类由市卫计委审批的公共场所建设项目设计审查申请；

填写此表须使用黑或蓝黑色钢笔或签字笔填写，要求书写规范、字迹清晰、纸面整洁，不得空项、涂改，空白处以“无”字填写，内容真实、完整、清楚、不得涂改；

使用A4规格纸张打印（图纸可以使用A3规格），打印内容标题用宋体字2号字、正文用仿宋体3号字，复印材料要求纸面清晰并与原件完全一致，按申请表提交材料目录的顺序分类，各项材料应当使用明显标志区分；

除检验报告及官方证明文件外，申请材料原件应当逐页加盖申请单位公章。

大连市公共行政服务中心 卫生计生委审批窗口

地址：大连市甘井子区东北北路101号

联系电话：65850166

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项 目 名 称 | 大连XX公司建设项目 | | | | |
| 工 程 地 址 | 大连市S区XX街道1号 | | | | |
| 单 位 名 称 | 大连XX公司 | | | | |
| 单 位 地 址 | 大连市S区XX街道1号 | | | | |
| 设 计 单 位 | 大连市政设计院 | | | | |
| 项 目 类 别 | □新建 □改建 □扩建 □续建 （在□内打√） | | | | |
| 建 设 用 途 | □公共场所 □供水单位 （在□内打√） | | | | |
| 占 地 面 积 | 2000㎡ | | 占 地 面 积 | 2000㎡ | |
| 工程起止时间 | 如实填写 | | 工程起止时间 | 如实填写 | |
| 项目负责人 | 张三 | 项目负责人 | 张三 | 项目负责人 | 如实填写 |
| 单 位 电 话 | 如实填写 | | 单 位 电 话 | 如实填写 | |
| 申 报 材 料 | | | | | |
| **公共场所提交**  □建设项目卫生审查申请表  □申报单位营业执照或组织机构代码证原件和复印件；  □立项报告及批准文件；  □卫生专篇；  □设计图纸：包括地理方位图、各层平面布局图及卫生专间和设施布局图；  □集中空调通风系统图纸、设计说明及其有关参数；  □如委托办理的，还需提供：授权委托书、委托人及被委托人身份证复印件。 | | | | | |
| **供水单位提交：**  □建设项目卫生审查申请表  □营业执照或组织机构代码证原件和复印件；  □地理位置图、经营场所平面布局图；  □涉及饮用水卫生安全产品卫生许可批件；  □设计图纸：标明比例尺寸的储水箱/池专间平面位置图、水箱/池立体透视图（标明内部隔层及进水管、出水管、溢流管、排污管、导流管、通气管孔、人孔等位置及尺寸）、供水系统示意图；  □如委托办理的，还需提供：授权委托书、委托人及被委托人身份证复印件。  **申办集中供水还需提交**：  □水处理工艺流程图；  □水源水质监测和卫生学评价  □实验室设备、检验项目及人员情况资料或与有资质的检验机构签订的委托检验协议书 | | | | | | |
| **卫生设施情况说明：** | | | | | | |
| 申请单位（人）签字或盖章：  本次申请填写内容和所附资料均真实、合法、有效，复印件和原件一致，与实际状况相符。如有不实之处，我单位愿负相应法律责任，并承担由此造成的一切后果。    年 月 日 | | | | | | |

供水建设项目卫生审查裁量基准

一、适用范围

本裁量基准规定了供水建设项目卫生审查的申请主体、许可主体、申请条件依据、许可申请、变更、注销程序、申报数量限制及收费情况。

本裁量基准适用于申请供水建设项目卫生审查。

二、申请主体

大连市申办供水建设项目卫生审查的机构。

三、许可主体

市、县两级卫生计生行政部门。

四、申请条件和依据

1.《生活饮用水集中式供水单位卫生规范》第六条：新建、改建、扩建集中式供水工程的水源选择，应根据城市远期和近期规划、历年来的水质、水文、水文地质、环境影响评价资料、取水点及附近地区的卫生状况和地方病等因素，从卫生、环保、水资源、技术等多方面进行综合评价，并经当地卫生行政部门水源水质监测和卫生学评价合格后，方可作为供水水源。

五、首次申请许可程序

申请人应当向审批部门提交以下申请材料：

1.建设项目卫生审查申请表；（一份）

2.营业执照或组织机构代码证原件和复印件；（一份）

3.地理位置图、经营场所平面布局图；（一份）

4.标明比例尺寸的储水箱/池专间平面位置图、水箱/池立体透视图（标明内部隔层及进水管、出水管、溢流管、排污管、导流管、通气管孔、人孔等位置及尺寸）、供水系统示意图；（一份）

5.涉及饮用水卫生安全产品卫生许可批件；（一份）

6.如委托办理的，还需提供：授权委托书、委托人及被委托人身份证复印件。（一份）

申办集中供水还需提交：

7.水处理工艺流程图；（一份）

8.水源水质监测和卫生学评价文件；（一份）

9.实验室设备、检验项目及人员情况资料说明或与有资质的检验机构签订的委托检验协议书。（一份）

六、申报数量限制及收费情况

无申报数量限制。不收费用。

七、办理时限：

法定时限：20个工作日

承诺时限：8个工作日

****

建设项目卫生审查申请表

项目名称：如实填写

申请单位（公章）：如实填写

申请日期：如实填写

大连市卫生和计划生育委员会

填 报 材 料 要 求

本表适用于各类由市卫计委审批的公共场所建设项目设计审查申请；

填写此表须使用黑或蓝黑色钢笔或签字笔填写，要求书写规范、字迹清晰、纸面整洁，不得空项、涂改，空白处以“无”字填写，内容真实、完整、清楚、不得涂改；

使用A4规格纸张打印（图纸可以使用A3规格），打印内容标题用宋体字2号字、正文用仿宋体3号字，复印材料要求纸面清晰并与原件完全一致，按申请表提交材料目录的顺序分类，各项材料应当使用明显标志区分；

除检验报告及官方证明文件外，申请材料原件应当逐页加盖申请单位公章。

大连市公共行政服务中心 卫生计生委审批窗口

地址：大连市甘井子区东北北路101号

联系电话：65850166

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项 目 名 称 | 大连XX公司建设项目 | | | | |
| 工 程 地 址 | 大连市S区XX街道1号 | | | | |
| 单 位 名 称 | 大连XX公司 | | | | |
| 单 位 地 址 | 大连市S区XX街道1号 | | | | |
| 设 计 单 位 | 大连市政设计院 | | | | |
| 项 目 类 别 | □新建 □改建 □扩建 □续建 （在□内打√） | | | | |
| 建 设 用 途 | □公共场所 □供水单位 （在□内打√） | | | | |
| 占 地 面 积 | 2000㎡ | | 建 筑 面 积 | 2000㎡ | |
| 工程起止时间 | 如实填写 | | 总投资（万元） | 如实填写 | |
| 项目负责人 | 张三 | 联系人 | 李四 | 所在部门 | 项目部门 |
| 单 位 电 话 | 如实填写 | | 联系人电话 | 如实填写 | |
| 申 报 材 料 | | | | | |
| **公共场所提交**  □建设项目卫生审查申请表  □申报单位营业执照或组织机构代码证原件和复印件；  □立项报告及批准文件；  □卫生专篇；  □设计图纸：包括地理方位图、各层平面布局图及卫生专间和设施布局图；  □集中空调通风系统图纸、设计说明及其有关参数；  □如委托办理的，还需提供：授权委托书、委托人及被委托人身份证复印件。 | | | | | |
| **供水单位提交：**  □建设项目卫生审查申请表  □营业执照或组织机构代码证原件和复印件；  □地理位置图、经营场所平面布局图；  □涉及饮用水卫生安全产品卫生许可批件；  □设计图纸：标明比例尺寸的储水箱/池专间平面位置图、水箱/池立体透视图（标明内部隔层及进水管、出水管、溢流管、排污管、导流管、通气管孔、人孔等位置及尺寸）、供水系统示意图；  □如委托办理的，还需提供：授权委托书、委托人及被委托人身份证复印件。  **申办集中供水还需提交**：  □水处理工艺流程图；  □水源水质监测和卫生学评价  □实验室设备、检验项目及人员情况资料或与有资质的检验机构签订的委托检验协议书 | | | | | | | |
| **卫生设施情况说明：** | | | | | | | |
| 申请单位（人）签字或盖章：  本次申请填写内容和所附资料均真实、合法、有效，复印件和原件一致，与实际状况相符。如有不实之处，我单位愿负相应法律责任，并承担由此造成的一切后果。    年 月 日 | | | | | | | |