附件1：

**甘肃省母婴保健技术服务**

**执业许可申请书**

申请单位：

申请日期： 年 月 日

母婴保健技术服务执业许可申请表

被申请机关：

|  |  |
| --- | --- |
| 申请单位：  地 址： | |
| 机构类别： | |
| 所有制形式： | |
| 申  请  技  术  服  务  项  目 | 遗传病诊断（ ） |
| 产前筛查（ ） |
| 婚前医学检查（ ） |
| 助产技术（ ） |
| 结扎手术（ ） |
| 终止妊娠手术（ ） |
| 其它---新生儿疾病筛查（ ） |
| 提交文件目录  （1）《医疗机构执业许可证》复印件及副本  （2）有关医师执业许可证、注册证；护士注册证  （3）有关医师的《母婴保健技术考核合格证书》  （4）医疗机构平面图  （5）执业环境卫生学检测报告（待产室、产房、病房等）  （6）传染病管理机构及登记、报告制度 | |

申请单位 （章） 县（区）卫生局 （章）

年 月 日 年 月 日

表1 医疗保健机构简况

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构名称： | | | 机构评审批准等级： | | |
| 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（5）其它 （ ） | | | | | |
| 隶属  关系 | | （1）中央属 （2）省、自治区、直辖市属（3）直辖区，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）其它（ ） | | | |
| 主管单位名称：肃南裕固族自治县卫生计划生育委员会 | | | | | |
| 服务对象（1）社会 （2）内部（3）境外人员（4）社会＋境外人员 （ ） | | | | | |
| 机构地址： | | | | | |
| 电话 | 传真**：** | | | | 邮政编码： |
| 法  定  代  表  人 | 姓名： 性别□**男**□女 | | | 主  要  负  责  人 | 姓名： 性别□**男**□女 |
| 出生年月： 专业： | | | 出生年月： 专业： |
| 职务： 职称： | | | 职务： 职称： |
| 最高学历： | | | 最高学历： |
| 服务方式 □社区母婴保健□门诊□住院 □家庭病床□巡诊  □其它 | | | | | |
| 床位数： | | | | | |
| 备注 | | | | | |

表2 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□中划“√”

|  |
| --- |
| 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 其它  □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. 传染病  □02.06 儿童康复  □02.07 其它 □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 |

续前表

|  |
| --- |
| □04. 妇产科 □15.04 临床免疫  □04.01 妇科 □15.05 遗传检验：细胞检验  □04.02 产科 分子检验  □04.03 计划生育 □15.06 其它  □04.04 内分泌  □04.05 生殖健康 □16. 病理科  □04.06 其它  □17. 医学影像科  □05. 儿科 □17.01 X线诊断专业  □05.01 新生儿急救 □17.02 超声诊断专业  □05.02 小儿传染病 □17.03 心电诊断专业  □05.03 小儿消化 □17.04 脑电及脑血流图诊  □05.04 小儿呼吸 断专业  □05.05 小儿心脏病 □17.05 神经肌肉电图专业  □05.06 小儿肾病 □17.06 其它  □05.07 小儿血液病  □05.08 小儿神经病学 □18. 中医科  □05.09 小儿内分泌  □05.10 小儿遗传病 □19. 其它  □05.11 小儿免疫  □05.12 小儿营养不良性疾  病防治  □05.13 其它 |

表3 人员情况

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 职工总数： 人 其中卫生技术人员数: 人 行政后勤人员数： 人 | | | | | | |
| 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 | 主管护师 | 护 师 | 护 士 | 护理员 |
|  |  |  |  |  |  |

表4 母婴保健技术服务仪器设备情况

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 新生儿疾病筛查 | | 有  （数） | 产前筛查、诊断设备 | 有  （数） |
| 设  备  项  目  名  称 | （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）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 |  |
| （5）其它 |  | （5）自动纯水蒸馏器、负压吸引器 |  |
| 终止妊娠、结扎手术设备 |  | （6）超净工作台 |  |
| （1）手术床，器械台、柜 |  | （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、恒温水域箱 |  |
| （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、**恒温水浴箱** |  |
| （5）必备抢救设施及物品 |  | （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）供养、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）其它 |  |

注：栏目不够请另附页

表5 母婴保健技术服务执业许可审批表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 | |  | 所有制形式 |  |
| 地 址 | |  | 法定代表人 |  |
| 登记号 | |  | | |
| 许可项目 | |  | | |
| 有效期限 | | 自 年 月 日至 年 月 日 | | |
| 经办  科室  意见 | 经办人：  负责人： 证件科负责人： | | | |
| 卫生  监督  机构  意见 | 负责人意见：  年 月 日  （单位公章） | | | |
| 卫生  行政  部门  意见 | 复审人意见：  负责人审批意见：  年 月 日  （单位公章） | | | |
| 备注： |  | | | |

表6 核准登记事项

|  |  |
| --- | --- |
| 登记号 | |
| 医疗保健机构类别 | 名称： |
| 地址： | 邮编 ：□□□□□□ |
| 法定代表人（主要负责人） | 所有制形式 |
| 服务对象： | |
| 服务方式： | |
| 申请技术服务审批项目 | |
| 核准技术服务许可项目 | |

表7 核发《母婴保健技术服务执业许可证》

及归档、公告情况

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 批准文号 |  | 核准日期 |  |
| 领证人签字 |  | 领证日期 |  |
| 发证人签字 |  | 发证日期 |  |
| 登记文件、  证件和资  料归档情  况 | 档案管理人员签字 年 月 日 | | |
| 医疗保健  机构开展  母婴保健  技术服务  登记、公  告、刊登  情况记录 | 记录人签字 年 月 日 | | |
| 备  注 | | | |

**填表说明**

1.此表为医疗保健机构向登记机关申请《母婴保健技术服务执业许可证》时专用。

2.医疗机构代码，按照卫通发（1991）第6号文件《卫生单位名称代码及数据库管理方法（暂行）》和补充规定的有关规定填写。

3.表1隶属关系，在后面的括号中填写应选项目的号码，只能填1个。

4.表1所有制形式，在后面的括号中填写应选项目的号码，只能填1个。

5.表1服务对象，填写要求同4。

6.表1法定代表人：医疗保健机构拥有法人地位者，填写其法定代表人姓名；医疗保健机构若无法人地位，则填写具有法人地位的主管单位的法定代表人姓名。

7.表2在科室设置情况表的□内用划“√”方式填写。

8.表2医疗保健机构凡在某一级科目下设置二级学科（专业组）的，应填写所列二级科目；未划分二级学科（专业组）的，只填写到一级科目，未开展的服务科目不必填写。

9.表3在每项空格填写相应的人数。

10.表3人员情况除检验、护理、医技科室外，只填写取得《母婴保健技术考核合格证书》的医疗保健技术人员。

11.表4设备：医疗保健机构按照《母婴保健专项技术服务基本标准》规定的医疗设备标准，逐项填写。

附件2：

母婴保健技术服务人员许可申请书

肃南县卫计委

我（单位）现向贵委申请 《母婴保健技术考核合格证书》行政许可，并提交如下申请材料：

申请人承诺：以上提交材料与原件一致，并对提交的材料真实合法性负责。

请依法审查并予以批准。

申请人签字（盖章）：

年 月 日

行政许可申请人名称：

联系人姓名： 联系电话：

办公电话： 电子邮箱：

住址/地址： 邮编：

附件3：

**母婴保健技术考核合格证申请表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人 | |  | 执业机构 |  |
| 执业资格 | |  | 执业类别 |  |
| 考核时间 | |  | 考核成绩 |  |
| 医（护）师资格证书编号 | | |  | |
| 执业机构类别： | | | | |
| 执业机构所有制形式： | | | | |
| 申请  技术  服务  项目 | □婚前医学检查 | | | |
| □终止妊娠手术 | | | |
| □助产技术 | | | |
| □结扎手术 | | | |
| □放取宫内节育器技术 | | | |
| □其他 | | | |
| 申  请  人  承  诺 | 申报单位（个人）保证：遵守国家法律、法规、规章，本申请表中所申报的内容和所附资料均真实、合法。如有不实之处，我单位愿负相应法律责任，承担由此造成的一切后果。  申请单位（公章）： 申请人：  年 月 日 | | | |
| 卫生部门审核意见 | 承办人： 科长：  年 月 日 年 月 日 | | | |

附件4：

肃南县卫计委

行政审批申请材料补正告知书

肃卫计审补告字〔 〕第 号

：

你（单位）于 年 月 日申请的

，所提供(出示)的材料不齐全（不符合法定形式），根据《中华人民共和国行政许可法》第三十二条第一款第 项规定，请作如下补正：

。

如需咨询，请与 冯莉蓉 联系，电话 0936-6124080

（印章）

年 月 日

正本（副本）

本文书一式三份，正本送达申请人，副本附案卷，副本存档。

附件5：

肃南县卫计委

行政审批申请受理决定书

肃卫计审受字〔 〕第 号

　　　　　　　　　　　　　 　：

你（单位）于 年 月 日向本局提出的

　　　　　　　　　　　　　　　　 申请和所提供（出示）的材料，符合该项目申请条件。根据《中华人民共和国行政许可法》第三十二条第一款第五项规定，决定予以受理。

附：《行政审批材料清单》肃卫计审清字〔 〕第 号。

（印章）

年 月 日

正本（副本）

本文书一式三份，正本送达申请人，副本附案卷，副本存档。

肃南县卫计委

行政审批材料清单

肃卫计审清字〔 〕 号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人 | |  | | | 审批事项 |  | | |
| 委托  代理人 | |  | | | 联系电话 |  | | |
| 材 料（可续页） | | | | | | | | |
| 序号 | 材 料 名 称 | | | | | | 页数 | 份数 |
| 1 |  | | | | | |  |  |
| 2 |  | | | | | |  |  |
| 3 |  | | | | | |  |  |
| 4 |  | | | | | |  |  |
| 5 |  | | | | | |  |  |
| 6 |  | | | | | |  |  |
| 7 |  | | | | | |  |  |
| 8 |  | | | | | |  |  |
| 9 |  | | | | | |  |  |
| 10 |  | | | | | |  |  |
| 11 |  | | | | | |  |  |
| 12 |  | | | | | |  |  |
| 13 |  | | | | | |  |  |
| 提供人 | | | （签字） | 联系电话 | | |  | |
| 收件人 | | | （签字） | 联系电话 | | |  | |
| （印章）  年 月 日 | | | | | | | | |

本文书一式三份，提供人、收件人一份，一份附案卷。

附件6：

肃南县卫计委

行政审批申请不予受理决定书

肃卫计审不受字〔 〕第 号

：

你(单位) 于 年 月 日向本局申请的

，经审查，不需要取得行政审批(或不属于本机关职权范围，应当向

提出申请)。根据《中华人民共和国行政许可法》第三十二条第一款第 项规定，决定不予受理。

如对本决定不服，可在收到本决定书之日起六十日内向

张掖市卫计委或者肃南县人民政府申请行政复议；也可在 月（日）内向高台县人民法院提起行政诉讼。

（印章）

年 月 日

正本（副本）

本文书一式三份，正本送达申请人，副本附案卷，副本存档。

附件7：

肃南县卫计委

准予行政审批决定书

肃卫计审准决字〔 〕第 号

申请人：

证照类别及编号：

地址：

邮政编码：　　　　 联系电话：

法定代表（负责）人：　　 　职务：　 　电话：

申请人于 年 月 日向本局提出

申请，本局于 年 月 日受理。经审查，符该项目规定要求，根据《中华人民共和国行政许可法》第三十八条第一款和《 》第 条第 款第 项规定，决定准予申请人 。

行政审批有效期至 年 月 日。

（印章）

年 月 日

正本（副本）

本文书一式三份，正本送达申请人，副本附案卷，副本存档。

附件8：

肃南县卫计委

不予行政审批决定书

肃卫计审不决字〔 〕第 号

申请人：

证照类别及编号：

地址：

邮政编码：　　　　 联系电话：

法定代表（负责）人：　　 　职务：　 电话：

申请人于 年 月 日向本局提出

申请，本局于 年 月 日受理。经审查，

，根据《中华人民共和国行政许可法》第三十八条第二款和《

》第 条第 款第 项规定，决定不予 。

如对本决定不服，可在收到本决定书之日起六十日内向

张掖市卫计委或者肃南县人民政府申请行政复议；也可在 月（日）内向高台县人民法院提起行政诉讼。

（印章）

年 月 日

正本（副本）

本文书一式三份，正本送达申请人，副本附案卷，副本存档。

附件9：

肃南县卫计委

撤销行政许可决定书

肃卫计审撤决字〔 〕第 号

行政相对人：

证照类别及编号：

地址：

邮政编码：　　　　 联系电话：

法定代表（负责）人： 职务：

你（单位）于 年 月 日取得

行政许可，经调查发现：

。根据《中华人民共和国行政许可法》第六十九条第 款 项规定，本局决定撤销你单位已取得的

行政许可。

如对本决定不服，可在收到本决定书之日起六十日内向张掖市卫计委或者肃南县人民政府申请行政复议；也可在 月（日）内向高台县人民法院提起行政诉讼。

（印章）

年 月 日

正本（副本）

本文书正本送达行政相对人，副本存档。

附件10：

肃南县卫计委

送 达 回 证

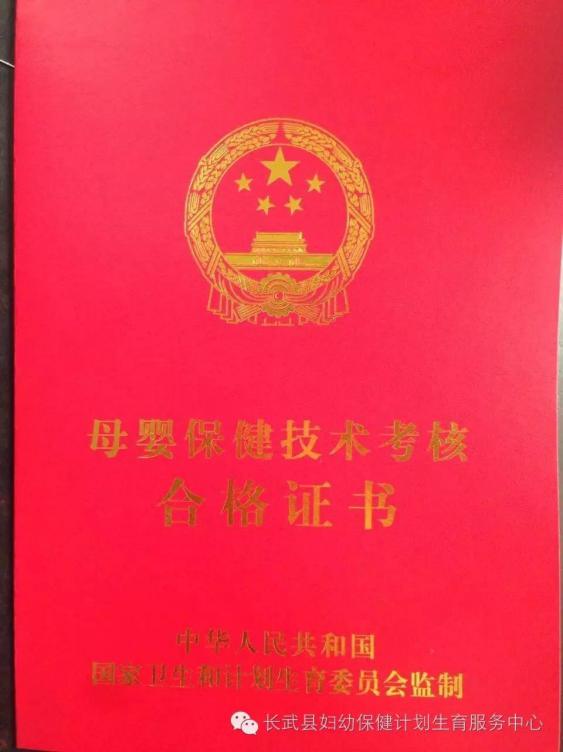
|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受送达单位（人） | |  | | | |
| 送 达 地 点 | |  | | | |
|  | |  | | | |
| 送达文件名称 | | 文 号 | 送达方式 | 收到日期 | 受送达单位（人）  签 字 或 盖 章 |
|  | |  |  | 年 月 日 |  |
|  | |  |  | 年 月 日 |  |
|  | |  |  | 年 月 日 |  |
|  | |  |  | 年 月 日 |  |
| 签发人 |  | | 送达人 |  | |
| 不能送达  理 由 |  | | | | |
| 备  注 |  | | | | |

附录A

母婴保健技术服务执业许可证（样本）

附录B

母婴保健技术考核合格证书（样本）



附录C

**实施机关信息**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **实施机关**  **名称** | **受理地点** | **办公时间** | **咨询** | **网址** | **内设机构** |
| 肃南县卫计委 | 地址：肃南县政务服务大厅生育服务窗口 | 周一至周五上午8:30至12:00，下午14:30至18:00。（不含法定节假日） | 电话：  0936-6124080  网址：  <http://zysn.gszwfw.gov.cn/art/2016/4/8/art_183312_206601.html> | 相关表格下载的网址：  <http://zysn.gszwfw.gov.cn/art/2016/4/8/art_183312_206601.html> |  |