FWZN-11410423MB112534XA400012300400005

医疗机构设置及执业登记（中医、中西医结合医院）服务指南

2019-07-15发布 2019-12-31实施

 鲁山县卫生健康委员会 发布

医疗机构设置及执业登记（中医、中西医结合医院）服务指南

1. 事项编码

11410423MB112534XA400012300400005

1. 适用范围

法人和其他组织

1. 事项类型

行政许可

1. 设立依据

1. 《医疗机构管理条例》（1994年2月26日国务院令第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》”。
 2.《国家卫生健康委员会国家中医药管理局关于进一步改革完善医疗机构、医师审批工作的通知》（国卫医发〔2018〕19号）第五条：“二级及以下医疗机构设置审批与执业登记‘两证合一’”。

1. 受理机构

鲁山县行政服务中心4楼卫健委窗口

1. 决定机构

鲁山县卫生健康委员会

1. 办理条件

(一)符合医疗机构设置规划；(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。

1. 申办材料

申办材料应符合以下要求：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 提交材料名称 | 原件/复印件 | 份数 | 纸质/电子版 | 特定要求 |
| 1 | 《医疗机构申请执业登记注册书》 | 原件 | 1 | 纸质 | 存档 |
| 2 | 《医疗机构名称申请核定表》 | 原件及复印件 | 1 | 纸质 | 存档 |
| 3 | 医疗机构用房产权证明或者使用证明； | 原件及复印件 | 1 | 纸质 | 验原件存复印件 |
| 4 | 医疗机构建筑设计平面图和科室分布图 | 原件及复印件 | 各1 | 纸质 | 存档 |
| 5 | 医疗机构规章制度 | 原件 | 1 | 纸质 | 存档 |
| 6 | 医疗机构卫生技术人员名录（含专业技术职务任职资格证书编号）；专业技术职务任职资格证书、医师执业证书复印件 | 原件及复印件 | 1 | 纸质 | 验原件存复印件 |
| 7 | 医疗机构拟注册人员（医师、护士）的注册（或变更）申请表 | 原件 | 1 | 纸质 | 存档 |
| 8 | 医疗机构诊疗科目、床位、执业人员和必备医疗设备对应关系表 | 原件 | 1 | 纸质 | 存档 |
| 9 | 《卫生机构（组织）分类代码证》申报表 | 原件 | 1 | 纸质 | 存档 |
| 10 | 基础医疗设备和与诊疗科目相应的其他设备名录及购买发票、合格证的复印件 | 原件及复印件 | 1 | 纸质 | 存档 |
| 11 | 法定代表人（主要负责人）任职文件、任职证明、签字表、法定代表人（主要负责人）承诺书 | 原件 | 1 | 纸质 | 存档 |
| 12 | 非营利性承诺书（民办非营利性医疗机构使用） | 原件 | 1 | 纸质 | 存档 |
| 13 | 授权委托书（法定代表人或负责人不能前来办理须提交）。 | 原件 | 1 | 纸质 | 存档 |
| 14 | 同时开展放射诊疗服务的，还需提交放射诊疗许可申请材料(已取得《放射诊疗许可证》的提交《放射诊疗许可证》复印件；与其他医疗机构签订放射诊疗协议的提交协议复印件)。 | 原件及复印件 | 1 | 纸质 | 存档 |

1. 受理方式
2. 窗口受理：鲁山县卫生健康委员会四楼卫健委窗口。
3. 网上申报：进入河南政务服务网（http://pds.hnzwfw.gov.cn/）按照提示进行网上申报。
4. 办理流程
5. 申请

申请单位应按照要求,准备相关申请村料，按照许可权限，向许可机关提出许可申请。
（二）受理

许可机关对申请材料进行审查。申请村料齐全、规范的,许可机关予以受理,出具《受理通知书》。申请材料不齐全的,应一次告知申请人需要补正的全部内容,出具《行政许可申请材料补正告知书。

（三）核查

根据法定条件和程序,申请材料受理后,行政许可机关应当指派2名以上工作人员对申请材料的实质内容进行实地核查。申请材料不实、不符合法定条件的,行政许可机关出具《不予受理决定书》。
 （四）决定

申请材料符合法定条件的,现场核查无误的,许可机关填写行政许可决定审批表,经初审、复审、审定,依法作出准予行政许可的书面决定。通知申请人领取《劳务派遣经营许可证》。

1. 办理时限
2. 法定时限

自受理之日起45个工作日（45个工作日内不能作出决定的，经本行政机关负责人批准，可延长10个工作日，并应当将延长期限的理由告知申请人）。

1. 承诺时限

自受理日起45个工作日。

1. 收费依据及标准

无

1. 结果送达

直接送达。

1. 行政救济途径与方式
2. 申请人在申请行政许可过程中，依法享有陈述权、申辩权；
3. 申请人的行政许可申请被驳回的有权要求说明理由；
4. 申请人不服行政许可决定的，有权在收到不予行政许可决定之日起60日内向鲁山县人民政府或平顶山市卫生健康委员会申请行政复议，或者在6个月内向鲁山县人民法院提起行政诉讼。
5. 咨询方式
6. 现场咨询

鲁山县行政服务中心四楼卫健委窗口

1. 电话咨询

 0375-7172163

1. 网上咨询

http://zwfw.hnls.gov.cn

1. 监督投诉渠道
2. 现场监督投诉

鲁山县行政服务中心督查科

1. 电话监督投诉

 1.窗口：0375-7172625

 2.鲁山县行政服务中心总投诉台电话：0375-7172625

 3.网上监督投诉：http://zwfw.hnls.gov.cn

1. 办理地址和时间

地址：鲁山县行政服务中心

时间：周一至周五 上午9:00-12：00 下午13:00-17:00

1. 办理进程和结果查询
2. 办理进程查询方式

1.现场查询：

鲁山县行政服务中心四楼卫健委窗口

2.电话查询：

0375-7172163

3.网上查询：

[http:// zwfw.hnls.gov.cn](http://pds.hnzwfw.gov.cn)

（二）结果公开查询方式

1、现场查询

鲁山县行政服务中心四楼卫健委窗口

2、电话查询

0375-7172163

3、网上查询：

[http:// zwfw.hnls.gov.cn](http://pds.hnzwfw.gov.cn)

1. 办理结果样本

1. 附件

附件1：医疗机构设置及执业登记（中医、中西医结合医院）申请村料清单

附件2：医疗机构设置及执业登记（中医、中西医结合医院）申请村料清单示范文本
附件3：行政许可受理通知书

附件4：行政许可受理通知书示范文本
附件5：XXX行政许可申请材料补正告知书

附件6：XXX行政许可申请材料补正告知书示范文本
附件7：XXX行政许可受理(不予受理)审批表

附件8：XXX行政许可受理(不予受理)审批表示范文本
附件9：行政许可不予受理决定书

附件10：行政许可不予受理决定书示范文本
附件11：XXX行政许可决定审批表

附件12：XXX行政许可决定审批表示范文本
附件13：准予行政许可决定书

附件14：准予行政许可决定书示范文本

附件15：XXX行政许可办结报告

附件16：XXX行政许可办结报告示范文本

附件17：事项流程图

附件18：常见错误示例

附件19：常见问题解答

附件1：医疗机构设置及执业登记申请材料清单

**医疗机构申请执业登记注册书**

医疗机构名称

设置单位（人） （章）

法 定 代 表 人 （章）

（主要负责人）

登记号□□□□□□□□-□ □□□□□□ □□ □□□□ □

(医疗机构代码)

申请日期 年 月 日

批准文号 字（ ）第 号

**中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会制**

表1

填 表 说 明

1. 此表为医疗机构向登记机关申请《医疗机构执业许可证》时专用。
2. 医疗机构代码按照卫统发（1991）第6号文件《卫生单位名称代码及数据库管理办法（暂行）和补充规定的有关规定填写》。
3. 表2 隶属关系；在后面的括号填写应选项目的号码，只能填一个。
4. 表2 所有制形式；在后面的括号中填写应选项目的号码，只能一个。
5. 表2 服务对象；填写要求同4。
6. 表2 法定代表人；医疗机构拥有法人地位者，只填写其法定代表人的姓名；医疗机构若无法人地位，则填写具有法人地位的主管单位的法定代表人姓名及本医疗机构主要负责人情况。
7. 表3 在诊疗科目代码前的□内用“√”方式填报。
8. 表3 医疗机构凡在某一级科目下设置二级学科（专业组）的，应填报所列二级科目；未划分二级学科（专业组）的只填报到一级诊疗科目。在某科目下开展门诊服务的，应在备注栏注明“门诊”字样。
9. 表3 只开展专科病诊疗的机构，应填报专科病诊疗所属的科目，并在备注栏注明专科病名称，如颈椎病专科诊疗机构填写“骨科”并于备注栏注明“颈椎病专科”。

10、表4 在每项空格中填写相应项目的人数。

11、表4管理人员 指医疗机构的领导人和职能科室的各级管理人员，财会人员除外。

12、表4康复治疗人员；指从事运动治疗、作业治疗、言语治疗、物理因子治疗和传统康复治疗的人员。

13、表5普通设备按医疗机构基本标准中的医疗设备标准逐项填写

14、表6凡在1994年9月1日以前开业的医疗机构要填写此项，在1994年9月1日以后申请新开业的医疗机构可不填写。

15、附表6出院者平均住院日计算公式：

 出院者占用总床日数

 出院人数

16、附表6平均每一门诊诊疗人次医疗费（元）计算公：

 上一年全年门诊医疗费用总数

上一年全年门诊诊疗人次总数

门诊医疗费用包括：挂号费、药费、检查治疗费等门诊收入

17、附表6平均每一出院者住院医疗费（元）计算公式：

 上一年全年出院者住院医疗费用总数（元）

上一年全年出院总人数

住院医疗费用包括：床位费、药费、手术费、检查费等费用。

18、附表6出院者平均每天住院医疗费（元）计算公式：

平均每一出院者住院医疗费（元）

 住院者平均住院日

**表2** 医疗机构简况

|  |  |
| --- | --- |
| 医疗机构名称 鲁山中医诊所 | 开业日期 年 月 日 |
| 登记号(医疗机构代码) □□□□□□□□－□ □□□□□□ □□ □□□□ □ |
| 所有制形式 ⑴全民 ⑵集体 ⑶私人 ￠è中外合资 ⑸其它 （3） |
| 1. 央属 ⑵省、自治区、直辖市属 ⑶直辖市区、省辖市、地区(盟)属 ⑷省辖市区、地辖市属 ⑸县(旗)属 ⑹街道办事处属 ⑺乡(镇 )属 ⑻村属 ⑼其它 （6）

隶属关系 |
| 主管单位名称 鲁山县卫健委 |
| 服务对象 ⑴社会⑵内部⑶境外人员⑷社会 + 境外人员 （1） |
| 医疗机构地址  |
| 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1942.9.23专业中医 |
| 职务 职称 | 职务 职称  |
| 最高学历 | 最高学历 中专 |
| 占地面积 m2 | 建筑面积 m2 | 绿化率（%） % | 建筑面积中业务用房面积 m2 |
| 资金总计 元 | 固定资金 元 | 流动资金 元 |
| 服务方式 √□门诊 □急诊 □住院 □家庭病床 □出诊 □其他 |
| 核定床位数 0张 | 观察床位数0张 | 牙科诊椅数0张 |
| 备注 |

表3-1 医疗机构诊疗科目申报表请在□中划“√”

|  |
| --- |
| **代码 诊疗科目 床位数 代码 诊疗科目 床位数** |
| **□01. 预防保健科****□02. 全科医疗科** **□03. 内科**□03.01 呼吸内科专业□03.02 消化内科专业□03.03 神经内科专业 □03.04 心血管内科专业□03.05 血液内科专业□03.06 肾病学专业□03.07 内分泌专业□03.08 免疫学专业□03.09 变态反应专业□03.10 老年病专业□03.11 其他**□04. 外科**□04.01 普通外科专业□04.01.01 肝脏移植项目□04.01.02 胰腺移植项目□04.01.03 小肠移植项目□04.02 神经外科专业□04.03 骨科专业□04.04 泌尿外科专业□04.04.01 肾脏移植项目□04.05 胸外科专业□04.05.01 肺脏移植项目□04.06 心脏大血管外科专业□04.06.01 心脏移植项目□04.07 烧伤科专业 □04.08 整形外科专业□04.09 其他**□05. 妇产科**□05.01 妇科专业□05.02 产科专业□05.03 计划生育专业□05.04 优生学专业□05.05 生殖健康与不孕症专业□05.06 其他**□06. 妇女保健科**□06.01 青春期保健专业 □06.02 围产期保健专业科□06.03 更年期保健专业□06.04 妇女心理卫生专业□06.05 妇女营养专业□06.06 其他**□07. 儿科**□07.01 新生儿专业□07.02 小儿传染病专业□07.03 小儿消化专业□07.04 小儿呼吸专业□07.05 小儿心脏病专业□07.06 小儿肾病专业□07.07 小儿血液病专业□07.08 小儿神经病学专业□07.09 小儿内分泌专业□07.10 小儿遗传病专业□07.11 小儿免疫专业□07.12 其他 | **□08. 小儿外科**□08.01 小儿普通外科专业□08.02 小儿骨科专业□08.03 小儿泌尿外科专业□08.04 小儿胸心外科专业□08.05 小儿神经外科专业□08.06 其他**□09. 儿童保健科**□09.01 儿童生长发育专业□09.02 儿童营养专业□09.03 儿童心理卫生专业□09.04 儿童五官保健专业□09.05 儿童康复专业□09.06 其他**□10. 眼科****□11. 耳鼻咽喉科**□11.01 耳科专业□11.02 鼻科专业□11.03 咽喉科专业□11.04 其他**□12. 口腔科**□12.01 牙体牙髓病专业□12.02 牙周病专业□12.03 口腔粘膜病专业□12.04 儿童口腔专业□12.05 口腔颌面外科专业□12.06 口腔修复专业□12.07 口腔正畸专业□12.08 口腔种植专业□12.09 口腔麻醉专业□12.10 口腔颌面医学影像专业□12.11 口腔病理专业□12.12 预防口腔专业□12.13 其他**□13. 皮肤科**□13.01 皮肤病专业□13.02 性传播疾病专业□13.03 其他**□14. 医疗美容科**□14.01 美容外科□14.02 美容牙科□14.03 美容皮肤科□14.04 美容中医科 |

表3-2 医疗机构诊疗科目申报表请在□中划“√”

|  |
| --- |
| **代码 诊疗科目 床位数 代码 诊疗科目 床位数** |
| **□15. 精神科**□15.01 精神病专业□15.02 精神卫生专业□15.03 药物依赖专业□15.04 精神康复专业□15.05 社区防治专业□15.06 临床心理专业□15.07 司法精神专业□15.08 其他**□16. 传染科**□16.01 肠道传染病专业 □16.02 呼吸道传染病专业□16.03 肝炎专业□16.04 虫媒传染病专业□16.05 动物源性传染病专业□16.06 蠕虫病专业 □16.07 其他**□17. 结核病科****□18. 地方病科****□19. 肿瘤科** **□20. 急诊医学科****□21. 康复医学科****□22. 运动医学科****□23. 职业病科** □23.01 职业中毒专业□23.02 尘肺专业□23.03 放射病专业□23.04 物理因素损伤专业□23.05 职业健康监护专业□23.06 其他**□24. 临终关怀科** **□25. 特种医学与军事医学科** **□26. 麻醉科****□27. 疼痛科****□28 重症医学科****□30. 医学检验科**□30.01 临床体液，血液专业 □30.02 临床微生物学专业□30.03 临床化学检验专业 □30.04 临床免疫、血清学专业□30.05 临床细胞分子遗传学专业□30.06 其他**□31. 病理科**  | **□32. 医学影像科** □32.01 X线诊断科专业□32.02 CT诊断专业□32.03 磁共振成像诊断专业□32.04 核医学专业□32.05 超声诊断专业□32.06 心电诊断专业□32.07 脑电及脑血流图诊断专业□32.08 神经肌肉电图专业□32.09 介入放射学专业□32.10 放射治疗专业□32.11 其他□√50. **中医科**□50.01 内科专业□50.02 外科专业□50.03 妇产科专业□50.04 儿科专业□50.05 皮肤科专业□50.06 眼科专业□50.07 耳鼻咽喉科专业□50.08 口腔科专业□50.09 肿瘤科专业□50.10 骨伤科专业□50.11 肛肠科专业□50.12 老年病科专业□50.13 针灸科专业□50.14 推拿科专业□50.15 康复医学专业□50.16 急诊科专业□50.17 预防保健科专业□50.18 其他**□51.**  **民族医学科**□51.01 维吾尔医学□51.02 藏医学□51.03 蒙医学□51.04 彝医学□51.05 傣医学□51.06 其他□52. **中西医结合科****新增诊疗科目（无编码已核定）：** |

**表4-1**  人 员 情 况(一)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 职工总数：2 | 其中卫生技术人员数： | 其他技术人员数： | 行政后勤人员数： |
| 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 | 助理医师 |  |
|  |  |  | 1 |  |  |
| 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 | 助理医师 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 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 |  |
|  |  |  |  | 1 |  |
| 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 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 检验 人员 | 主任检验师 | 副主任检验师 | 主管检验师 | 检验师 | 检验士 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 护理人员 | 主任护师 | 副主任护师 | 主管护师 | 护师 | 护士 | 护理员 |
|  |  |  |  |  |  |
| 放射技术人员 | 主任技师 | 副主任技师 | 主管技师 | 技师 | 技士 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 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 | 其中：营养士 |
|  |  |  |  |  |  |
| 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 | 教授 | 副教授 | 讲师 | 助教 |  |  |
| 人员 |  |  |  |  |  |  |

**表4-2**  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 | 助理医师 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 主任西医师 | 副主任西医师 | 主治西医师 | 西医师 | 助理医师 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 主任中药师 | 副主任中药师 | 主管中药师 | 中药师 | 中药士 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 主任西药师 | 副主任西药师 | 主管西药师 | 西药师 | 西药士 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 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 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 工程技术人员 | 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： |

表5 设备情况

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 品 名 | 数量 | 品 名 | 数量 |
| 大型医疗设备 | ⑴伽玛刀 |  | ⑾体外循环机 |  |
| ⑵核磁共振成像仪（MRI） |  | ⑿腹腔镜（手术用） |  |
| ⑶全身CT |  | ⒀碎石机 |  |
| ⑷超高速CT |  | ⒁彩色多普勒成像仪 |  |
| ⑸钴—60治疗机 |  | ⒂自动生化分析仪（10万元以上 |  |
| ⑹医用直线加速器 |  | ⒃血液透析机 |  |
| ⑺500mAX光机  |  | ⒄环氧乙烷消毒设备 |  |
| ⑻800mAX光机 |  | ⒅爱克司刀（X—刀） |  |
| ⑼1000mAX光机 |  | ⒆正电子发色断层扫描装置（PET） |  |
| ⑽γ—照相机 |  | ⒇眼科准分子激光治疗 |  |
| 普通仪器情况 | 诊桌 |  |  |  |
| 诊椅 |  |  |  |
| 方盘 |  |  |  |
| 纱布罐 |  |  |  |
| 诊察凳 |  |  |  |
| 听诊器 |  |  |  |
| 血压计 |  |  |  |
| 体温表 |  |  |  |
| 中药品柜 |  |  |  |
| 紫外线消毒灯 |  |  |  |
| 污物桶 |  |  |  |
| 医用氧气袋 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

注：普通设备栏如不够，可自行另附页

表6 上一年度业务工作概况

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 服务量 | 门诊治疗人次 | 急诊诊疗人 次 | 入 院人 次 | 出 院人 数 | 平均开放床位数 | 实际占用总床日数 | 实际开放总床日数 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 出院者占用总床日数 | 床位周转次数 | 出院者平均住院日 | 床位使用率（%） | 家庭病床（张） | 出诊人次 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 收入来源（万元） | 国家拨款 | 业务收入 | 业务补助 | 专项补助 | 集资 | 捐款 | 贷款 | 其它 |
| 经常性拨款 | 专款 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 门诊收入分类（万元） | 药品费 | 其中 | 检查费 | 手术费 | 挂号费 | 诊疗费 | 其他 |
|  | 西药费 | 中成药费 | 中草药费 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住院收入分类（万元） | 药品费 | 其中 | 检查费 | 手术费 | 床位费 | 诊疗费 | 其他 |
|  | 西药费 | 中成药费 | 中草药费 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 支出 | 人员开支 | 药品购置 | 设备购置 | 消耗品购置 | 维修 | 大型仪器折旧 | 其他 |
| 基本工资 | 资金补贴 | 离退休人员经费 |
| （万元） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 平均每一门诊诊疗人次医疗费（元） |  |
| 平均每一出院者住院医疗费（元） |  |
| 出院者平均每天住院医疗费（元） |  |
| 计算机应用 | □门诊管理 □住院病人管理 □病案首页管理 □医疗统计□病房医嘱管理 □药品管理 □营养膳食管理 □科研项目管理□后勤管理 □财务管理 □人事管理 □其他 |

表7 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 | 1、《设置医疗机构申请书》；2、《医疗机构名称核定申请书》；3、《医疗机构分类性质申请书》；4、设置可行性研究报告；5、选址报告和建筑设计平面图（手术室、消毒供应室平面图单列）；6、《医疗机构申请执业登记注册书》；  7、医疗机构用房产权证明或者使用证明；    8、医疗机构建筑设计平面图和科室分布图；    9、医疗机构规章制度；    10、医疗机构卫生技术人员名录（含专业技术职务任职资格证书编号）；    11、医疗机构拟注册人员（医师、护士）的注册（或变更）申请表；    12、医疗机构诊疗科目、床位、执业人员和必备医疗设备对应关系表；    13、《卫生机构（组织）分类代码证》申报表；    14、基础医疗设备和与诊疗科目相应的其他设备名录及购买发票、合格证的复印件；    15、法定代表人签字表、法定代表人（主要负责人）承诺书 |
| 上级主管部门意见 | （章）负责人签字: 年 月 日  |

表8 审查人员、主管领导意见、主任核批

|  |  |
| --- | --- |
| 审 查人 员意 见 | 签字： 年 月 日 |
| 主管领导意见 | 签字： 年 月 日 |
| 主 任核 批 | 签字： 年 月 日 |

表9 核准登记事项

|  |
| --- |
| 执业许可证登记号：□□□□□□□□-□ □□□□□□ □□ □□□□ □（医疗机构代码） |
| 医疗机构类别： | 名称： |
| 地址： 邮编：□□□□□□ |
| 法定代表人（主要负责人）： | 所有制形式： |
| 注册资金（资本）： | 职工人数： |
| 服务对象： | 服务方式： |
| 占地面积： | 建筑面积： |
| 诊疗科目： |
| 床位数： | 牙椅数： |
| 其他项目： |
| 核准药品种类： |

表10 核发《医疗机构执业许可证》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、资料归档情况 |  档案管理人员签字： 年 月 日 |
| 医疗机构登记公告刊登情况记 录 |   记录人签字： 年 月 日 |
| 备注 |  |

附件2：医疗机构设置及执业登记申请村料清单示范文本

**医疗机构申请执业登记注册书**

医疗机构名称 鲁陈 中医诊所

设置单位（人） 陈 （章）

法 定 代 表 人 陈 （章）

（主要负责人）

登记号□□□□□□□□-□ □□□□□□ □□ □□□□ □

(医疗机构代码)

申请日期 年 月 日

批准文号 字（ ）第 号

**中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会制**

表1

填 表 说 明

1. 此表为医疗机构向登记机关申请《医疗机构执业许可证》时专用。
2. 医疗机构代码按照卫统发（1991）第6号文件《卫生单位名称代码及数据库管理办法（暂行）和补充规定的有关规定填写》。
3. 表2 隶属关系；在后面的括号填写应选项目的号码，只能填一个。
4. 表2 所有制形式；在后面的括号中填写应选项目的号码，只能一个。
5. 表2 服务对象；填写要求同4。
6. 表2 法定代表人；医疗机构拥有法人地位者，只填写其法定代表人的姓名；医疗机构若无法人地位，则填写具有法人地位的主管单位的法定代表人姓名及本医疗机构主要负责人情况。
7. 表3 在诊疗科目代码前的□内用“√”方式填报。
8. 表3 医疗机构凡在某一级科目下设置二级学科（专业组）的，应填报所列二级科目；未划分二级学科（专业组）的只填报到一级诊疗科目。在某科目下开展门诊服务的，应在备注栏注明“门诊”字样。
9. 表3 只开展专科病诊疗的机构，应填报专科病诊疗所属的科目，并在备注栏注明专科病名称，如颈椎病专科诊疗机构填写“骨科”并于备注栏注明“颈椎病专科”。

10、表4 在每项空格中填写相应项目的人数。

11、表4管理人员 指医疗机构的领导人和职能科室的各级管理人员，财会人员除外。

12、表4康复治疗人员；指从事运动治疗、作业治疗、言语治疗、物理因子治疗和传统康复治疗的人员。

13、表5普通设备按医疗机构基本标准中的医疗设备标准逐项填写

14、表6凡在1994年9月1日以前开业的医疗机构要填写此项，在1994年9月1日以后申请新开业的医疗机构可不填写。

15、附表6出院者平均住院日计算公式：

 出院者占用总床日数

 出院人数

16、附表6平均每一门诊诊疗人次医疗费（元）计算公：

 上一年全年门诊医疗费用总数

上一年全年门诊诊疗人次总数

门诊医疗费用包括：挂号费、药费、检查治疗费等门诊收入

17、附表6平均每一出院者住院医疗费（元）计算公式：

 上一年全年出院者住院医疗费用总数（元）

上一年全年出院总人数

住院医疗费用包括：床位费、药费、手术费、检查费等费用。

18、附表6出院者平均每天住院医疗费（元）计算公式：

平均每一出院者住院医疗费（元）

 住院者平均住院日

**表2** 医疗机构简况

|  |  |
| --- | --- |
| 医疗机构名称 鲁山陈 中医诊所 | 开业日期 年 月 日 |
| 登记号(医疗机构代码) □□□□□□□□－□ □□□□□□ □□ □□□□ □ |
| 所有制形式 ⑴全民 ⑵集体 ⑶私人 ⑷中外合资 ⑸其它 （3） |
| 1. 央属 ⑵省、自治区、直辖市属 ⑶直辖市区、省辖市、地区(盟)属 ⑷省辖市区、地辖市属 ⑸县(旗)属 ⑹街道办事处属 ⑺乡(镇 )属 ⑻村属 ⑼其它 （6）

隶属关系 |
| 主管单位名称 鲁山县卫健委 |
| 服务对象 ⑴社会⑵内部⑶境外人员⑷社会 + 境外人员 （1） |
| 医疗机构地址  |
| 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1956.11专业 外科 |
| 职务 职称 | 职务 主治医师 职称  |
| 最高学历 | 最高学历 中专 |
| 占地面积 m2 | 建筑面积 m2 | 绿化率（%） % | 建筑面积中业务用房面积 m2 |
| 资金总计20元 | 固定资金15万元 | 流动资金 5万 元 |
| 服务方式 √□门诊 □急诊 □住院 □家庭病床 □出诊 □其他 |
| 核定床位数 0张 | 观察床位数0张 | 牙科诊椅数0张 |
| 备注 |

表3-1 医疗机构诊疗科目申报表请在□中划“√”

|  |
| --- |
| **代码 诊疗科目 床位数 代码 诊疗科目 床位数** |
| **□01. 预防保健科****□02. 全科医疗科** **□03. 内科**□03.01 呼吸内科专业□03.02 消化内科专业□03.03 神经内科专业 □03.04 心血管内科专业□03.05 血液内科专业□03.06 肾病学专业□03.07 内分泌专业□03.08 免疫学专业□03.09 变态反应专业□03.10 老年病专业□03.11 其他**04. 外科**□04.01 普通外科专业□04.01.01 肝脏移植项目□04.01.02 胰腺移植项目□04.01.03 小肠移植项目□04.02 神经外科专业□04.03 骨科专业□04.04 泌尿外科专业□04.04.01 肾脏移植项目□04.05 胸外科专业□04.05.01 肺脏移植项目□04.06 心脏大血管外科专业□04.06.01 心脏移植项目□04.07 烧伤科专业 □04.08 整形外科专业□04.09 其他**□05. 妇产科**□05.01 妇科专业□05.02 产科专业□05.03 计划生育专业□05.04 优生学专业□05.05 生殖健康与不孕症专业□05.06 其他**□06. 妇女保健科**□06.01 青春期保健专业 □06.02 围产期保健专业科□06.03 更年期保健专业□06.04 妇女心理卫生专业□06.05 妇女营养专业□06.06 其他**□07. 儿科**□07.01 新生儿专业□07.02 小儿传染病专业□07.03 小儿消化专业□07.04 小儿呼吸专业□07.05 小儿心脏病专业□07.06 小儿肾病专业□07.07 小儿血液病专业□07.08 小儿神经病学专业□07.09 小儿内分泌专业□07.10 小儿遗传病专业□07.11 小儿免疫专业□07.12 其他 | **□08. 小儿外科**□08.01 小儿普通外科专业□08.02 小儿骨科专业□08.03 小儿泌尿外科专业□08.04 小儿胸心外科专业□08.05 小儿神经外科专业□08.06 其他**□09. 儿童保健科**□09.01 儿童生长发育专业□09.02 儿童营养专业□09.03 儿童心理卫生专业□09.04 儿童五官保健专业□09.05 儿童康复专业□09.06 其他**□10. 眼科****□11. 耳鼻咽喉科**□11.01 耳科专业□11.02 鼻科专业□11.03 咽喉科专业□11.04 其他**□12. 口腔科**□12.01 牙体牙髓病专业□12.02 牙周病专业□12.03 口腔粘膜病专业□12.04 儿童口腔专业□12.05 口腔颌面外科专业□12.06 口腔修复专业□12.07 口腔正畸专业□12.08 口腔种植专业□12.09 口腔麻醉专业□12.10 口腔颌面医学影像专业□12.11 口腔病理专业□12.12 预防口腔专业□12.13 其他**□13. 皮肤科**□13.01 皮肤病专业□13.02 性传播疾病专业□13.03 其他**□14. 医疗美容科**□14.01 美容外科□14.02 美容牙科□14.03 美容皮肤科□14.04 美容中医科 |

表3-2 医疗机构诊疗科目申报表请在□中划“√

|  |
| --- |
| **代码 诊疗科目 床位数 代码 诊疗科目 床位数** |
| **□15. 精神科**□15.01 精神病专业□15.02 精神卫生专业□15.03 药物依赖专业□15.04 精神康复专业□15.05 社区防治专业□15.06 临床心理专业□15.07 司法精神专业□15.08 其他**□16. 传染科**□16.01 肠道传染病专业 □16.02 呼吸道传染病专业□16.03 肝炎专业□16.04 虫媒传染病专业□16.05 动物源性传染病专业□16.06 蠕虫病专业 □16.07 其他**□17. 结核病科****□18. 地方病科****□19. 肿瘤科** **□20. 急诊医学科****□21. 康复医学科****□22. 运动医学科****□23. 职业病科** □23.01 职业中毒专业□23.02 尘肺专业□23.03 放射病专业□23.04 物理因素损伤专业□23.05 职业健康监护专业□23.06 其他**□24. 临终关怀科** **□25. 特种医学与军事医学科** **□26. 麻醉科****□27. 疼痛科****□28 重症医学科****□30. 医学检验科**□30.01 临床体液，血液专业 □30.02 临床微生物学专业□30.03 临床化学检验专业 □30.04 临床免疫、血清学专业□30.05 临床细胞分子遗传学专业□30.06 其他**□31. 病理科**  | **□32. 医学影像科** □32.01 X线诊断科专业□32.02 CT诊断专业□32.03 磁共振成像诊断专业□32.04 核医学专业□32.05 超声诊断专业□32.06 心电诊断专业□32.07 脑电及脑血流图诊断专业□32.08 神经肌肉电图专业□32.09 介入放射学专业□32.10 放射治疗专业□32.11 其他□√50. **中医科**□50.01 内科专业□50.02 外科专业□50.03 妇产科专业□50.04 儿科专业□50.05 皮肤科专业□50.06 眼科专业□50.07 耳鼻咽喉科专业□50.08 口腔科专业□50.09 肿瘤科专业□50.10 骨伤科专业□50.11 肛肠科专业□50.12 老年病科专业□50.13 针灸科专业□50.14 推拿科专业□50.15 康复医学专业□50.16 急诊科专业□50.17 预防保健科专业□50.18 其他**□51.**  **民族医学科**□51.01 维吾尔医学□51.02 藏医学□51.03 蒙医学□51.04 彝医学□51.05 傣医学□51.06 其他□52. **中西医结合科****新增诊疗科目（无编码已核定）：** |

**表4-1**  人 员 情 况(一)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 职工总数：2 | 其中卫生技术人员数：2 | 其他技术人员数： | 行政后勤人员数： |
| 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 | 助理医师 |  |
|  |  |  | 1 |  |  |
| 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 | 助理医师 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 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 |  |
|  |  |  |  | 1 |  |
| 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 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 检验 人员 | 主任检验师 | 副主任检验师 | 主管检验师 | 检验师 | 检验士 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 护理人员 | 主任护师 | 副主任护师 | 主管护师 | 护师 | 护士 | 护理员 |
|  |  |  |  |  |  |
| 放射技术人员 | 主任技师 | 副主任技师 | 主管技师 | 技师 | 技士 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 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 | 其中：营养士 |
|  |  |  |  |  |  |
| 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 | 教授 | 副教授 | 讲师 | 助教 |  |  |
| 人员 |  |  |  |  |  |  |

**表4-2**  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 | 助理医师 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 主任西医师 | 副主任西医师 | 主治西医师 | 西医师 | 助理医师 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 主任中药师 | 副主任中药师 | 主管中药师 | 中药师 | 中药士 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 主任西药师 | 副主任西药师 | 主管西药师 | 西药师 | 西药士 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 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 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 工程技术人员 | 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： |

表5 设备情况

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 品 名 | 数量 | 品 名 | 数量 |
| 大型医疗设备 | ⑴伽玛刀 |  | ⑾体外循环机 |  |
| ⑵核磁共振成像仪（MRI） |  | ⑿腹腔镜（手术用） |  |
| ⑶全身CT |  | ⒀碎石机 |  |
| ⑷超高速CT |  | ⒁彩色多普勒成像仪 |  |
| ⑸钴—60治疗机 |  | ⒂自动生化分析仪（10万元以上 |  |
| ⑹医用直线加速器 |  | ⒃血液透析机 |  |
| ⑺500mAX光机  |  | ⒄环氧乙烷消毒设备 |  |
| ⑻800mAX光机 |  | ⒅爱克司刀（X—刀） |  |
| ⑼1000mAX光机 |  | ⒆正电子发色断层扫描装置（PET） |  |
| ⑽γ—照相机 |  | ⒇眼科准分子激光治疗 |  |
| 普通仪器情况 | 诊桌 | 1 |  |  |
| 诊椅 | 1 |  |  |
| 方盘 | 1 |  |  |
| 纱布罐 | 1 |  |  |
| 诊察凳 | 1 |  |  |
| 听诊器 | 1 |  |  |
| 血压计 | 1 |  |  |
| 体温表 | 1 |  |  |
| 中药品柜 | 1 |  |  |
| 紫外线消毒灯 | 1 |  |  |
| 污物桶 | 1 |  |  |
| 医用氧气袋 | 1 |  |  |
| 煎药机 | 1 |  |  |
|  |  |  |  |

注：普通设备栏如不够，可自行另附页

表6 上一年度业务工作概况

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 服务量 | 门诊治疗人次 | 急诊诊疗人 次 | 入 院人 次 | 出 院人 数 | 平均开放床位数 | 实际占用总床日数 | 实际开放总床日数 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 出院者占用总床日数 | 床位周转次数 | 出院者平均住院日 | 床位使用率（%） | 家庭病床（张） | 出诊人次 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 收入来源（万元） | 国家拨款 | 业务收入 | 业务补助 | 专项补助 | 集资 | 捐款 | 贷款 | 其它 |
| 经常性拨款 | 专款 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 门诊收入分类（万元） | 药品费 | 其中 | 检查费 | 手术费 | 挂号费 | 诊疗费 | 其他 |
|  | 西药费 | 中成药费 | 中草药费 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住院收入分类（万元） | 药品费 | 其中 | 检查费 | 手术费 | 床位费 | 诊疗费 | 其他 |
|  | 西药费 | 中成药费 | 中草药费 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 支出 | 人员开支 | 药品购置 | 设备购置 | 消耗品购置 | 维修 | 大型仪器折旧 | 其他 |
| 基本工资 | 资金补贴 | 离退休人员经费 |
| （万元） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 平均每一门诊诊疗人次医疗费（元） |  |
| 平均每一出院者住院医疗费（元） |  |
| 出院者平均每天住院医疗费（元） |  |
| 计算机应用 | □门诊管理 □住院病人管理 □病案首页管理 □医疗统计□病房医嘱管理 □药品管理 □营养膳食管理 □科研项目管理□后勤管理 □财务管理 □人事管理 □其他 |

表7 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 | 1、《设置医疗机构申请书》；2、《医疗机构名称核定申请书》；3、《医疗机构分类性质申请书》；4、设置可行性研究报告；5、选址报告和建筑设计平面图（手术室、消毒供应室平面图单列）；6、《医疗机构申请执业登记注册书》；  7、医疗机构用房产权证明或者使用证明；    8、医疗机构建筑设计平面图和科室分布图；    9、医疗机构规章制度；    10、医疗机构卫生技术人员名录（含专业技术职务任职资格证书编号）；    11、医疗机构拟注册人员（医师、护士）的注册（或变更）申请表；    12、医疗机构诊疗科目、床位、执业人员和必备医疗设备对应关系表；    13、《卫生机构（组织）分类代码证》申报表；    14、基础医疗设备和与诊疗科目相应的其他设备名录及购买发票、合格证的复印件；    15、法定代表人签字表、法定代表人（主要负责人）承诺书 |
| 上级主管部门意见 | （章）负责人签字: 年 月 日  |

表8 审查人员、主管领导意见、主任核批

|  |  |
| --- | --- |
| 审 查人 员意 见 | 签字： 年 月 日 |
| 主管领导意见 | 签字： 年 月 日 |
| 主 任核 批 | 签字： 年 月 日 |

表9 核准登记事项

|  |
| --- |
| 执业许可证登记号：□□□□□□□□-□ □□□□□□ □□ □□□□ □（医疗机构代码） |
| 医疗机构类别：诊所 | 名称：鲁山 中医诊所 |
| 地址： 邮编：□□□□□□ |
| 法定代表人（主要负责人）： | 所有制形式：私人 |
| 注册资金（资本）：20万元 | 职工人数：2 |
| 服务对象：社会 | 服务方式：门诊 |
| 占地面积： | 建筑面积： |
| 诊疗科目：中医科 |
| 床位数：0 | 牙椅数： |
| 其他项目： |
| 核准药品种类： |

表10 核发《医疗机构执业许可证》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、资料归档情况 |  档案管理人员签字： 年 月 日 |
| 医疗机构登记公告刊登情况记 录 |   记录人签字： 年 月 日 |
| 备注 |  |

附件3：XXX行政许可受理通知书
 〔 〕第 号

申请人单位名称（或者个人姓名）

你（单位）于 年 月 日提出的 申请收悉。经审查，符合法定受理条件，本机关决定自 年 月 日起受理。

 行政机关专用印章

 年 月 日

申请人（或委托代理人）：

签名或盖章

年 月 日

注：本文书一式两份。一份送达申请人，一份行政机关存档。

附件4：XXX行政许可受理通知书示范文本
 ××××××〔 ×× 〕第×× 号

申请人单位名称（或者个人姓名）

你（单位）于 ×× 年 ×× 月 ×× 日提出的 ×× 申请收悉。经审查，符合法定受理条件，本机关决定自 ×× 年×× 月 ×× 日起受理。

 行政机关专用印章

 年 月 日

申请人（或委托代理人）：

 签名或盖章

年 月 日

注：本文书一式两份。一份送达申请人，一份行政机关存档。

附件5：XXX行政许可申请材料补正告知书

 〔 〕第 号

你（）单位于 年 月 日提出的 行政许可申请收悉，经审查，需要补正下列事项：

1.

2.

3.

4.

5.

6.

请你（单位）于 年 月 日前补正上述材料。

 行政机关印章（专用印章）

 年 月 日

申请人（或委托代理人）：

 年 月 日

附件6：XXX行政许可申请材料补正告知书示范文本

 ××××××〔 ×× 〕第×× 号

 ××

你（单位）于 ×× 年×× 月 ×× 日提出的 ×× 行政许可申请收悉，经审查，需要补正下列事项：

1. ××××××××××××××××

2. ××××××××××××××××

3. ××××××××××××××××

4. ××××××××××××××××

5. ××××××××××××××××

6. ××××××××××××××××

请你（单位）于×××× 年××月××日前补正上述材料。

 行政机关印章（专用印章）

 年 月 日

申请人（或委托代理人）：××××

 年 月 日

附件7：XXX行政许可受理(不予受理)审批表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人 | 单位名称 |  | 法定代表人 |  |
| 住址 |  | 电话 |  |
| 个人姓名 |  | 身份证号 |  |
| 住址 |  | 电话 |  |
| 行政许可申请事项 |  |
| 行政许可事项审查情况 |  |
| 承办人意见 | 承办人签名 年 月 日 |
| 承办机构审核意见 | 负责人签名 年 月 日 |

附件8：XXX行政许可受理(不予受理)审批表示范文本

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人 | 单位名称 | ×××× | 法定代表人 | ×××× |
| 住址 | ×××× | 电话 | ×××× |
| 个人姓名 | ×××× | 身份证号 | ×××× |
| 住址 | ×××× | 电话 | ×××× |
| 行政许可申请事项 | ×××× |
| 行政许可事项审查情况 | ×××× |
| 承办人意见 | 承办人签名×××× 年 月 日 |
| 承办机构审核意见 | 负责人签名×××× 年 月 日 |

附件9：行政许可不予受理决定书

 〔 〕第 号

申请人单位名称（或者个人姓名）

你（单位）于 年 月 日提出的 申请收悉。经审查，

 审查情况和不予受理许可的理由 （即不符合法定条件或法定标准） 。依据 规定，本机关决定不予受理你提出的 申请。

你（单位）如不服本决定，可以自收到本决定书之日起六十日内向郏县人民政府或者郏县人力资源和社会保障局申请行政复议，也可以自收到本决定书之日起六个月内依法直接向人民法院提起行政诉讼。

 行政机关专用印章

 年 月 日

申请人（或委托代理人）签名或盖章：

 年 月 日

注：本文书一式两份。一份送达申请人，一份行政机关存档。

附件10：行政许可不予受理决定书示范文本

 ××××××〔 ×× 〕第×× 号

申请人单位名称（或者个人姓名）

你（单位）于××××年××月××日提出的 ×××× 申请收悉。经审查，

×××× 审查情况和不予受理许可的理由 （即不符合法定条件或法定标准） 。依据××××××××规定，本机关决定不予受理你提出的 申请。

你（单位）如不服本决定，可以自收到本决定书之日起六十日内向郏县人民政府或者郏县人力资源和社会保障局申请行政复议，也可以自收到本决定书之日起六个月内依法直接向人民法院提起行政诉讼。

 行政机关专用印章

 年 月 日

申请人（或委托代理人）签名或盖章：

 年 月 日

注：本文书一式两份。一份送达申请人，一份行政机关存档。

附件11：XXX行政许可决定审批表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 行政许可申请事项 |  | 申请材料接收时间 |  |
| 行政许可受理时间 |  |
| 申请人 | 单位名称 |  | 法定代表人 |  |
| 住 址 |  | 电 话 |  |
| 个人姓名 |  | 身份证号 |  |
| 所在单位 |  | 电 话 |  |
| 行政许可事项审查情况 |  |
| 承办人意 见 | 承办人签名： 年 月 日 |
| 承办机构审核意见 | 负责人签名： 年 月 日 |
| 行政机关负责人审批意见 | 负责人签名： 年 月 日 |

附件12：XXX行政许可决定审批表示范文本

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 行政许可申请事项 | ×××× | 申请材料接收时间 | ×××× |
| 行政许可受理时间 | ×××× |
| 申请人 | 单位名称 | ×××× | 法定代表人 | ×××× |
| 住 址 | ×××× | 电 话 | ×××× |
| 个人姓名 | ×××× | 身份证号 | ×××× |
| 所在单位 | ×××× | 电 话 | ×××× |
| 行政许可事项审查情况 | ×××× |
| 承办人意 见 | 承办人签名： 年 月 日 |
| 承办机构审核意见 | 负责人签名： 年 月 日 |
| 行政机关负责人审批意见 | 负责人签名： 年 月 日 |

附件13：准予行政许可决定书

鲁卫健函〔 〕第 号

 ：

 你（单位）于 年 月 日提出的 行政许可申请，本机关于 年 月 日受理。经审查，符合 规定的条件和标准。本机关依据

 和《中华人民共和国行政许可法》第三十八条第一款的规定，决定准予你（单位）取得

 行政许可，有效期自 年 月 日至 年 月 日。

 请你持本决定，到 办理（领取）行政许可证件。

 行政机关印章

 年 月 日

附件14：准予行政许可决定书示范文本
鲁卫健函〔 〕第 号

××××××××：

 你（单位）于××××年××月××日提出的××××行政许可申请，本机关于××××年××月××日受理。经审查，符合 规定的条件和标准。本机关依据×××××××× 和《中华人民共和国行政许可法》第三十八条第一款的规定，决定准予你（单位）取得××××行政许可，有效期自××××年××月××日至××××年××月××日。

 请你持本决定，到××××××××办理（领取）行政许可证件。

 行政机关印章

 年 月 日

附件15：XXX行政许可办结报告

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人（被许可人） | 单位名称 |  | 法定代表人 |  |
| 住址 |  | 电话 |  |
| 个人姓名 |  | 身份证号 |  |
| 所在单位 |  | 电话 |  |
| 行政许可事项 |  |
| 办理内容 | 🞎 初次申请 🞎延续 🞎变更 🞎撤回 🞎撤销 🞎注销 |
| 行政许可文书文号 |  | 发文日期 |  |
| 行政许可证书编号、内容摘要 |  |
| 审查情况、理由及决定内容 |  |
| 结案方式 | 🞎依程序办结 🞎复议结案 🞎诉讼结案 |
| 行政许可承办人意见 | 承办人签名： 年 月 日 |
| 行政许可承办机构负责人意见 | 负责人签名： 年 月 日 |
| 行政许可机关负责人意见 | 负责人签名： 年 月 日 |

附件16：XXX行政许可办结报告示范文本

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人（被许可人） | 单位名称 | ×××× | 法定代表人 | ×××× |
| 住址 | ×××× | 电话 | ×××× |
| 个人姓名 | ×××× | 身份证号 | ×××× |
| 所在单位 | ×××× | 电话 | ×××× |
| 行政许可事项 | ×××××××× |
| 办理内容 | 🞎 初次申请 🞎延续 🞎变更 🞎撤回 🞎撤销 🞎注销 |
| 行政许可文书文号 | ×××× | 发文日期 | ×××× |
| 行政许可证书编号、内容摘要 | ×××× |
| 审查情况、理由及决定内容 | ×××× |
| 结案方式 | 🞎依程序办结 🞎复议结案 🞎诉讼结案 |
| 行政许可承办人意见 | 承办人签名： 年 月 日 |
| 行政许可承办机构负责人意见 | 负责人签名： 年 月 日 |
| 行政许可机关负责人意见 | 负责人签名： 年 月 日 |

附件17：事项流程图



附件 18：常见错误示例

1.申请材料不齐全、规范的。

附件 19：常见问题解答

1.问：一般多长时间可以办完审批手续？

答：承诺自受理之日起10个工作日办完。

2.问：收费标准和依据是什么？

答：办理此事项不收费。