FWZN-11410423MB112534XA4411023084W0001

中医诊所备案服务指南

2019-07-15发布 2019-12-31实施

 鲁山县卫生健康委员会 发布

中医诊所备案服务指南

1. 事项编码

11410423MB112534XA4411023084W0001

二、适用范围

法人和其他组织

1. 事项类型

其他事项

1. 设立依据

1.《中华人民共和国中医药法》（主席令第59号）第十四条：“举办中医医疗机构应当按照国家有关医疗机构管理的规定办理审批手续，并遵守医疗机构管理的有关规定。举办中医诊所的，将诊所的名称、地址、诊疗范围、人员配备情况等报所在地县级人民政府中医药主管部门备案后即可开展执业活动。中医诊所应当将本诊所的诊疗范围、中医医师的姓名及其执业范围在诊所的明显位置公示，不得超出备案范围开展医疗活动。具体办法由国务院中医药主管部门拟订，报国务院卫生行政部门审核、发布。”2.《中医诊所备案管理暂行办法》（中华人民共和国卫生和计划生育委员会令第14号）第二条：“本办法所指的中医诊所，是在中医药理论指导下，运用中药和针灸、拔罐、推拿等非药物疗法开展诊疗服务，以及中药调剂、汤剂煎煮等中药药事服务的诊所。不符合上述规定的服务范围或者存在不可控的医疗安全隐患和风险的，不适用本办法。第三条第三款：县级中医药主管部门具体负责本行政区域内中医诊所的备案工作。第四条：举办中医诊所的，报拟举办诊所所在地县级中医药主管部门备案后即可开展执业活动。”

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

1.个人举办中医诊所的，应当具有中医类别《医师资格证书》并经注册后在医疗、预防、保健机构中执业满三年，或者具有《中医（专长）医师资格证书》；法人或者其他组织举办中医诊所的，诊所主要负责人应当符合上述要求；2.符合《中医诊所基本标准》；3.中医诊所名称符合《医疗机构管理条例实施细则》（卫生部令第35号）的规定；4.符合环保、消防的相关规定；5.能够独立承担民事责任。6.《医疗机构管理条例实施细则》规定不得申请设置医疗机构的单位和个人，不得举办中医诊所。

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 | 《中医诊所备案信息表》 | 原件 | 3 | 纸质 | 存档 |
| 2 | 中医诊所主要负责人有效身份证明、医师资格证书、医师执业证书复印件一份（原件核对后退回）； | 原件及复印件 | 3 | 纸质 | 验原件存复印件 |
| 3 | 其他卫生技术人员名录、有效身份证明、执业资格证件原件、复印件（原件核对后退回）； | 原件及复印件 | 3 | 纸质 | 验原件存复印件 |
| 4 | 中医诊所管理规章制度一份； | 原件及复印件 | 3 | 纸质 | 验原件存复印件 |
| 5 | 医疗废物处理方案、诊所周边环境情况说明； | 原件及复印件 | 3 | 纸质 | 验原件存复印件 |
| 6 | 消防应急预案； | 原件 | 3 | 纸质 | 存档 |
| 7 | 法人或者其他组织举办中医诊所的，还应当提供法人或者其他组织的资质证明、法定代表人身份证明或者其他组织的代表人身份证明； | 原件及复印件 | 3 | 纸质 | 验原件存复印件 |
| 8 | 委托他人办理的，还应提供受委托人身份证复印件一份和委托书。 | 原件 | 3 | 纸质 | 存档 |

九、受理方式

1. 窗口受理：鲁山县卫生健康委员会四楼卫健委窗口。
2. 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。

十、办理流程

1. 申请

申请人或单位应按照要求,准备相关申请村料，按照权限，向受理机关提出申请。
（二）受理

受理机关对申请材料进行审查。申请村料齐全、规范的,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,受理机关应当指派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,受理机关出具《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,受理机关填写决定审批表,经初审、复审、审定,依法作出批准的书面决定。通知申请人领取《中医诊所备案证》。

十一、办理时限

1. 法定时限

自受理之日起20个工作日（20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10个工作日。

十二、收费依据及标准

无

十三、结果送达

直接送达。

十四、行政救济途径与方式

1. 申请人在申请行政许可过程中，依法享有陈述权、申辩权；
2. 申请人的行政许可申请被驳回的有权要求说明理由；
3. 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。

十五、咨询方式

1. 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

十六、监督投诉渠道

1. 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

十七、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

十八、办理进程和结果查询

1. 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)

十九、办理结果样本

二十、附件

附件1中医诊所备案申请村料清单

附件2：中医诊所备案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：中医诊所备案申请村料清单

**中医诊所备案信息表**

        编号：

|  |  |
| --- | --- |
| 诊所名称 |  |
| 诊所地址 |  |
| 法人名称（个人举办不填写此项） |   |
| 法人资质证明编号（个人举办不填写此项） |   |
| 法定代表人（个人举办不填写此项） | 姓    名 |   | 联系电话 |   |
| 身份证号码 |   |
| 主要负责人 | 姓    名 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号码 |  |
| 医师资格证编码 |  |
| 医师执业证编码 |  |
| 执业类别 |  | 执业范围 |  |
| 其他医师（可另附页） | 姓  名 | 执业类别 | 执业范围 | 执业证书编码 |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
| 药学人员（选填，可另附页） | 姓  名 | 专  业 | 执业证书编码（或其他资质证书编码） |
|  |  |  |
|   |   |   |
| 护理人员（选填，可另附页） | 姓  名 | 专  业 | 执业证书编码 |
|   |   |   |
|   |   |   |
| 医技人员（选填，可另附页） | 姓  名 | 专 业 | 执业证书编码（或其他资质证书编码） |
|   |   |   |
| 诊所房屋平面布局图（可另附页） |   |
| 诊所设备清单（可另附页） |  |
| 所有制形式 | 国有?    集体?    股份?  私有□   其它? |
| 经营性质 | 营利性?    非营利性? |
| 诊疗范围 | 诊疗科目　　 |
| 中医（专长）医师执业范围 |
| 中医诊疗技术和方法（中医微创类技术、中药注射剂、穴位注射等存在不可控的医疗安全隐患和风险的技术除外） |  |
| 备案人签字（盖章） | 备案人（盖章）     签字：       |
| 委托办理人签字 | 签     字：年   月    日 |
| 县级人民政府中医药主管部门意见 |  备案机关盖章：           审核人签字：                            |

注：1. 本表格一式三份。一份由申请人（申请机构）留存，一份由备案的县级人民政府中医药主管部门存档，一份由上级人民政府中医药主管部门存档。

2. 执业人员按照实际在诊所执业人员填写，没有的填写无。

3.个人举办的诊所，涉及法人机构事项不需要填写

附件2：中医诊所备案申请村料清单示范文本

**中医诊所备案信息表**

        编号：

|  |  |
| --- | --- |
| 诊所名称 | 鲁山Xxx中医诊所 |
| 诊所地址 | Xxxxxxxxxxx |
| 法人名称（个人举办不填写此项） |   |
| 法人资质证明编号（个人举办不填写此项） |   |
| 法定代表人（个人举办不填写此项） | 姓    名 |  | 联系电话 |   |
| 身份证号码 |   |
| 主要负责人 | 姓    名 | Xxx  | 联系电话 | Xxxxxxxxxxx |
| 身份证号码 | Xxxxxxxxxxxxxxxxxx |
| 医师资格证编码 | Xxxx41141xxxxxxxxxxxxxxxxxx |
| 医师执业证编码 | 141410xxxxxxxxx |
| 执业类别 | 中医 | 执业范围 | Xxxxx |
| 其他医师（可另附页） | 姓  名 | 执业类别 | 执业范围 | 执业证书编码 |
| Xxx  | 中医  | Xxxxx  | 141410000000000 |
|   |   |   |   |
| 药学人员（选填，可另附页） | 姓  名 | 专  业 | 执业证书编码（或其他资质证书编码） |
| Xxx | 中药学 | Xxxxxx |
|   |   |   |
| 护理人员（选填，可另附页） | 姓  名 | 专  业 | 执业证书编码 |
|  |   |   |
|   |   |   |
| 医技人员（选填，可另附页） | 姓  名 | 专 业 | 执业证书编码（或其他资质证书编码） |
|   |   |   |
| 诊所房屋平面布局图（可另附页） |   |
| 诊所设备清单（可另附页） |  |
| 所有制形式 | 国有?    集体?    股份?  私有□ √  其它? |
| 经营性质 | 营利性? √   非营利性? |
| 诊疗范围 | 诊疗科目　　按实际开展科目填写 |
| 中医（专长）医师执业范围 |
| 中医诊疗技术和方法（中医微创类技术、中药注射剂、穴位注射等存在不可控的医疗安全隐患和风险的技术除外） | 按实际应用技术填写 |
| 备案人签字（盖章） | 备案人（盖章）     签字：      xxx |
| 委托办理人签字 | 签     字：xxxX年   x月  x  日 |
| 县级人民政府中医药主管部门意见 |  备案机关盖章：           审核人签字：                            |

注：1. 本表格一式三份。一份由申请人（申请机构）留存，一份由备案的县级人民政府中医药主管部门存档，一份由上级人民政府中医药主管部门存档。

2. 执业人员按照实际在诊所执业人员填写，没有的填写无。

3.个人举办的诊所，涉及法人机构事项不需要填写

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.未在各级工商部门登记注册、申请经营劳务派遣业务的单位；

2.申请材料不齐全、规范的。

3.新注册成立公司未提供验资报告,成立一年以上的公司未提供财务审计报告,实缴资本少于200万元。

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。