FWZN-11410423MB112534XA400012300400002

医疗机构设置及执业登记(变更)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（变更）服务指南

1. 事项编码

11410423MB112534XA400012300400002

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

《医疗机构管理条例》（1994年2月26日国务院令第149号）第二十条：医疗机构改变名称、场所、主要负责人、诊疗科目、床位，必须向原登记机关办理变更登记。

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) 取得医疗机构执业许可证的医疗机构；（二）变更名称、地址、法定代表人或者主要负责人、所有制形式、服务对象、服务方式、诊疗科目、床位（牙椅）的。

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 | 医疗机构申请变更登记注册书 | 原件 | 1 | 纸质 | 存档 |
| 2 | 《医疗机构执业许可证》正本、副本及复印件各一份 | 原件及复印件 | 1 | 纸质 | 存档 |
| 3 | 若变更名称，需提交申请变更登记的原因和理由；政府举办的医疗机构应提供所在地编制管理部门出具的变更名称批准文件；企事业单位举办的医疗机构应提供主管单位和所在地省辖市（直管县市））卫生计生委出具的变更名称批准文件；民办医疗机构应提供具有法律效力的相关材料。 | 原件及复印件 | 1 | 纸质 | 验原件存复印件 |
| 4 | 若变更地址，需提交新设地址所在地地名管理部门出具的证明。医疗机构整体迁建或增设分院区应提交医疗机构用房产权证明或者使用证明、医疗机构建筑设计平面图和科室分布图，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），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，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，并接受现场评审。 | 原件及复印件 | 1 | 纸质 | 验原件存复印件 |
| 5 | 若变更法定代表人或主要负责人，需提交新任法定代表人（主要负责人）的任职文件原件和复印件；医疗机构新任法定代表人任职证明；医疗机构新任法定代表人签字表；法定代表人（主要负责人）承诺书。 | 原件 | 1 | 纸质 | 验原件存复印件 |
| 6 | 若变更所有制形式，需提交申请变更所有制形式的原因和理由。 | 原件 | 1 | 纸质 | 验原件存复印件 |
| 7 | 若变更诊疗科目，需提交拟增设诊疗科目人员名录（人员姓名、性别、年龄、专业技术职务资格证书、医师资格证书和护士执业证书）；拟增设诊疗科目相应的医疗设备名录和购买发票、合格证的复印件；拟增设诊疗科目医疗用房平面图；拟增设诊疗科目各项规章制度、人员岗位职责、医疗护理技术操作规程。 | 原件及复印件 | 1 | 纸质 | 存档验原件存复印件 |
| 8 | 若变更床位（牙椅），需提交申请变更床位的原因和理由；医疗机构所在地卫生计生行政部门出具的符合当地卫生资源规划同意变更床位的书面意见；医疗机构专业技术人员名录和医疗用房基本情况。 | 原件 | 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20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（变更）申请村料清单

附件2：医疗机构设置及执业登记（变更）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（中医、中西医结合医院）（变更）申请材料清单

医疗机构申请变更登记注册书

医疗机构名称 (章)

登 记 号

(医疗机构代码)

法定代表人 (章)

(主要负责人)

河南省卫生和计划生育委员会制

(一)申请变更登记事项

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 项 目 | 原核准登记事项 | 申请变更登记事项 |
| 名 称 |  |  |
| 地 址 |  |  |
| 法定代表人  （主要负责人） |  |  |
| 所有制形式 |  |  |
| 服务对象 |  |  |
| 服务方式 |  |  |
|  | 合计： | 合计： |
| 注册资金 | 固定资金： | 固定资金： |
| （资本） | 流动资金： | 流动资金： |
| 诊疗科目 |  |  |
| 床位(牙椅) |  |  |
| 经营性质 |  |  |
| 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 |  |
| 申请变更  登记理由 | 法定代表人  (主要负责人)签字： 年 月 日 |
| 医疗机构地址：  邮编： 联系人： 电话： | |
| 上级主管  部门签署  意 见 | 年 月 日 (章) |

(三)受理、审查、核准医疗机构变更登记

|  |  |
| --- | --- |
| 受理  人员  意见 | 受理通知编号：      签字： 年 月 日 |
| 审查  (调查、  核实)  人员  意见 | 签字： 年 月 日 |

(核准变更登记事项)

|  |  |
| --- | --- |
| 登记号： | |
| 核 准 变 更 后 登 记 事 项 | |
| 名 称 | |
| 地 址 | |
| 法定代表人(主要负责人) | |
| 所有制形式 | |
| 服务对象 | |
| 服务方式 | |
| 注册资金(资本  单位：万元) | |
| 诊疗科目 | |
| 床位(牙椅) | |
| 备注： | |
| 主审人  意 见 | 签字： 年 月 日 |
| 主管领  导意见 | 签字： 年 月 日 |
| 局长  核批 | 签字： 年 月 日 |

(四)核发《医疗机构执业许可证》及归档、公告情况

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 登记号： | | | |
| 核准日期 | | | |
| 领证人签字 |  | 领证日期 |  |
| 联系地址 |  | 电话 |  |
| 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（中医、中西医结合医院）（变更）申请村料清单示范文本

医疗机构申请变更登记注册书

医疗机构名称 (章)

登 记 号

(医疗机构代码)

法定代表人 (章)

(主要负责人)

河南省卫生和计划生育委员会制

(一)申请变更登记事项

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 项 目 | 原核准登记事项 | 申请变更登记事项 |
| 名 称 |  |  |
| 地 址 |  |  |
| 法定代表人  （主要负责人） |  |  |
| 所有制形式 |  |  |
| 服务对象 |  |  |
| 服务方式 |  |  |
|  | 合计： | 合计： |
| 注册资金 | 固定资金： | 固定资金： |
| （资本） | 流动资金： | 流动资金： |
| 诊疗科目 |  |  |
| 床位(牙椅) |  |  |
| 经营性质 |  |  |
| 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 |  |
| 申请变更  登记理由 | 法定代表人  (主要负责人)签字： 年 月 日 |
| 医疗机构地址：  邮编： 联系人： 电话： | |
| 上级主管  部门签署  意 见 | 年 月 日 (章) |

(三)受理、审查、核准医疗机构变更登记

|  |  |
| --- | --- |
| 受理  人员  意见 | 受理通知编号：      签字： 年 月 日 |
| 审查  (调查、  核实)  人员  意见 | 签字： 年 月 日 |

(核准变更登记事项)

|  |  |
| --- | --- |
| 登记号： | |
| 核 准 变 更 后 登 记 事 项 | |
| 名 称 | |
| 地 址 | |
| 法定代表人(主要负责人) | |
| 所有制形式 | |
| 服务对象 | |
| 服务方式 | |
| 注册资金(资本  单位：万元) | |
| 诊疗科目 | |
| 床位(牙椅) | |
| 备注： | |
| 主审人  意 见 | 签字： 年 月 日 |
| 主管领  导意见 | 签字： 年 月 日 |
| 局长  核批 | 签字： 年 月 日 |

(四)核发《医疗机构执业许可证》及归档、公告情况

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 登记号： | | | |
| 核准日期 | | | |
| 领证人签字 |  | 领证日期 |  |
| 联系地址 |  | 电话 |  |
| 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。