附件1

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 |
| 医师执业范围 |
| 诊疗技术和方法 |  |
| 备案人签字  （盖章） | 本机构（人）承诺所填报的信息和所附材料真实、有效。  备案人（盖章） 签字：  年 月 日 |
| 委托办理人签字 | 签字：  年 月 日 |
| 各区县（市）卫生健康行政部门意见 | 备案机关盖章： 审核人签字：  年 月 日 |

注：1、本表格一式三份。一份由申请人（申请机构）留存，另两份分别由备案的各区、县（市）卫生健康行政部门审批、医政（中医）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。