封面

**医疗机构名称：**

**申 请 项 目： 权限内医疗机构设置（新设置）**

**申请单位（申请人）：**

**申**

**报**

**材**

**料**

**目录**

**权限内医疗机构设置的审批**

1. 承诺书 （附件1）；

2. 设置医疗机构申请书（附件2）；

3. 《医疗机构申请执业登记注册书》（附件3）；

4. 设置医疗机构可行性报告（附件4）；

5. 选址报告（附件5）；

6. 科室设置平面图；

7. 房屋产权证（商业/办公用房）或房屋租赁合同，或规划建设、土地使用等证明材料；

8. 医疗机构主要负责人情况登记表（附件6）；

10. 法定代表人及负责人近6个月二级以上综合医疗机构体检结果（附件7）；

11. 公司或非营利医疗机构需提交医疗机构法定代表人/负责人的任职证明；

12. 法定代表人/负责人身份证、毕业证、职称证、医师资格证、执业证原件及复印件；

13. 拟聘用医护人员花名册（附件8）；1.医师：身份证、资格证、执业证、毕业证；2.护士：身份证、执业证、毕业证；3.医技人员身份证、资格证、毕业证原件及复印件。

**★以上材料全部需要用A4纸打印，表格要填写清晰完整，复印件复印内容完整。**

附件1：

**承诺书**

乌鲁木齐高新区（新市区）卫生健康委员会：

根据卫生部《医疗机构管理条例实施细则》第十二条，《新疆维吾尔自治区医疗机构管理办法》第十条，本人能够独立承担民事责任；非正在服刑人员；具有完全民事行为能力；发生二级以上医疗事故未满五年的医务人员；非因违反有关法律、法规和规章、己被吊销执业证书的医务人员；非曾被吊销《医疗机构执业许可证》的医疗机构法定代表人或者主要负责人； 也未患有传染病，并身体状况良好；也非被开除公职或者擅自离职未满5年的医务人员。

我单位(个人)为申请医疗机构执业许可相关事宜所提供的材料均真实、可靠。

如有不实之处，我单位(个人)愿负相应的法律责任，并承担由此造成的一切后果。

 承诺人签名：

承诺单位：（盖章）

 年 月 日

附表2

**设置医疗机构申请书**

被申请机关:

|  |
| --- |
| 设置单位（人）： 地址：联系人： 联系方式： |
| 申请核定项目 | 类 别 |
| 名 称 |
| 选 址 |
| 所有制形式 |
| 经营性质 |
| 床位（牙椅） |
| 服务对象 |
| 诊疗科目 |
| 投资总额 |
| 其 他 |

 设置单位（人）： （章）

年 月 日

填写说明：1.被申请机关：填写设置审批机关；2.设置单位（人）：填写拟设医疗机构的上级主管单位或出资人；3.地址：填写设置单位(人)的法定地址，个人填写家庭地址；4.类别：按照《医疗机构管理条例实施细则》第三条填报相应类别；5.名称：填写申请的医疗机构名称；6.选址：拟设医疗机构所在地的详细地址；7.所有制形式：从下列形式中选择相应项目填报：（只能填一个）**a、全民 b、集体 c、私人 d、中外合资（合作）e、其他**；8.经营性质：填写政府举办非营利性、非政府办非营利性、营利性；9.床位(牙椅)：填写拟建床位数、牙椅数以及观察床位数；10.服务对象：（只能填报一个）a、社会 b、内部 ；11.诊疗科目：完整填写申请的**一级、二级科目**；12.提交文件目录：按照省级卫生行政部门规定填写。

附表3



 **医疗机构申请执业登记注册书**

**设置单位（人） （章）**

**组 建 负 责 人 （章）**

**登 记 号 □□□□□□□□□□**

**(医疗机构代码)**

**申请日期 年 月 日**

**批准文号 字（ ）第 号**

**中华人民共和国卫生部制**

**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存管理办法（暂行）》和补充规定的有关规定填写。

3．附表5-2 隶属关系 在后面的括号中填写应选项目的号码，只能填一个。

4．附表5-2 所有制形式 在后面的括号中填写应选项目的号码，只能填一个。

5．附表5-2 服务对象 填写要求同4。

6．附表5-2 法定代表人 医疗机构拥有法人地位者，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．附表5-3 在诊疗科目代码前的□内用划“√”方式填报。

8．附表5-3 医疗机构凡在某一级科目下设置二级学科（专业组）的，应填报到所列二级科目；未划分二级学科（专业组）的，只填报到一级诊疗科目。

在某科目下只开展门诊服务的，应在备注栏注明“门诊”字样。

9．附表5-3 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报“骨科”，并于备注栏注明“颈椎病专科”。

10．附表5-4 在每项空格中填写相应项目的人数。

11．附表5-4 职工总数 “职工总数”应为“卫生技术人员数”，“其他技术人员数”和“行政后勤人员数”之和。

12．附表5-4 卫生技术人员数应为“中医医生”、“西医医生”、“中药人员”、“西药人员”、“检验人员”、“护理人员”、“放射技术人员”、“口腔技术人员”及“其他卫技人员”之和。

13．附表5-4 管理人员 指医疗机构的负责人和职能科室的各级管理人员，财会人员除外。

14．附表5-4 其他人员 指原在大专院校，中专学过数学、特理、化学等非卫生专业现从事科研、教学、医疗器械修配、卫生宣传等技术工作的人员，不包括原学这些专业，现从事管理工作的人员。

15．附表5-4 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。

16．附表5-5 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。

17.附表5-6 凡是在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。

**附表5-2医疗机构简况**

|  |  |
| --- | --- |
| **医疗机构名称** | **开业日期 年 月** |
| **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 （ ）** |
| **隶属****关系** | **⑴中央属 ⑵省、自治区、直辖市属 ⑶直辖市区、省辖市、地区(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** | **（ ）**  |
| **主管单位名称** |
| **服务对象 ⑴社会 ⑵内部 ⑶境外人员 ⑷社会+境外人员 （ ）** |
| **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 专业** |
| **职务 职称** | **职务 职称** |
| **最高学历** | **最高学历** |
| **占地面积 m2** | **建筑面积 m2**  | **建筑面积中业务用房面积 m2** |
| **资金总计 万元** | **固定资金 万元** | **流动资金 万元** |
| **服务方式 □门诊 □急诊 □住院 □家庭病床 □出诊 □其他** |
| **床位数** | **牙科诊椅数** |
| **备注** |

**附表5-3医疗机构诊疗科目申报表 请在□中划“√”**

|  |  |
| --- | --- |
| 代码 诊疗科目 备注 | 代码 诊疗科目 备注 |
| □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 □04.02 神经外科专业 □04.03 骨科专业□04.04 泌尿外科专业□04.05 胸外科专业□04.06 心脏大血管外科专业 □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**□06.01 青春期保健专业□06.02 围产期保健专业□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** □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 美容外科专业□14.02 美容牙科专业□14.03 美容皮肤科专业□14.04 美容中医科专业□15. **精神科**□15.01 精神病专业  |

**附表5-3医疗机构诊疗科目申报表 请在□中划“√”**

|  |  |
| --- | --- |
| 代码 诊疗科目 备注 | 代码 诊疗科目 备注 |
| □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**□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 临床生化检验专业□30.04 临床免疫、血清学专业□30.05 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□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□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** |

**附表5-4人员情况**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 职工总数**:** | 其中卫生技术人员数**:** | 行政后勤人员数**:** |
| 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 | 西医士 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 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 | 中医士 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 西 药人 员 | 主任西药师 | 副主任西药 | 主管西药师 | 西药剂师 | 西药剂士 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 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 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 检 验人 员 | 主任检验师 | 副主任检验 | 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 | 其他：营养士 |
|  |  |  |  |
| 其他初级卫技人员 | 其中 | 中医学徒 | 营养士 | 助产士 | 其他技士 |
|  |  |  |  |  |
| 工程技术人员 | 高级工程师 | 工程师 | 助理工程师 | 技术员 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 研究人员 | 研 究 员 | 副研究员 | 助理研究员 | 实习研究员 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 教学人员 | 教 授 | 副 教 授 | 讲 师 | 助 教 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 财会人员 | 高级会计师 | 会计师 | 助理会计师 | 会计员 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 管理人员 |  | 工人 |  |
| 乡村医生 |  | 村卫生员 |  |
| 康复治疗人员 |  | 其他人员 |  |

**附表5-5仪器设备情况**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **名 称** | **数 量** | **名 称** | **数量** |
| 大型仪器设备 | 1、伽马刀 |  | 10、γ - 照相机 |  |
| 2、核磁共振成像仪（MRI） |  | 11、体外循环机 |  |
| 3、全身CT |  | 12、腹腔镜（手术用） |  |
| 4、头部CT |  | 13、碎石机 |  |
| 5、钴-60治疗仪 |  | 14、彩色多普勒成像仪 |  |
| 6、加速器 |  | 15、自动生化分析仪（10万元以上） |  |
| 7、500 mA X光机 |  | 16、血液透析机 |  |
| 8、800 mA X光机 |  | 17、环氧乙烷消毒设备 |  |
| 9、1000 mA 以上X光机 |  |  |  |
| 普通设备 |  |  |  |  |

注：普通设备栏如不够，请自行另附页。

**附表5-7 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 |  |
| 上级主管部门签署意 见 | 年 月 日 （章） |

**附表5－8 审查、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 任审 批 | 签字：  年 月 日 |

**附表5-9 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： m2 | 建筑面积： m2 |
| 诊疗科目： |
| 床位数： | 牙椅数： |
| 其他项目： |
| 核准药品种类： |

**附表5-10 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** |

**设置医疗机构可行性报告包括以下内容（《细则》第十五条）：**

⑴申请单位名称、基本情况以及申请人姓名、年龄、专业履历、身份证号码;

⑵所在地区的人口、经济和社会发展等概况;

⑶所在地区人群健康状况和疾病流行以及有关疾病患病率;

⑷所在地区医疗资源分布情况以及医疗服务需求分析;

⑸拟设医疗机构的名称、选址、功能、任务、服务半径;

⑹拟设医疗机构的服务方式、时间、诊疗科目和床位编制;

⑺拟设医疗机构的组织结构、人员配备;

⑻拟设医疗机构的仪器、设备配备;

⑼拟设医疗机构与服务半径区域内其他医疗机构的关系和影响;

⑽拟设医疗机构的污水、污物、粪便处理方案（环境评估）;

⑾拟设医疗机构的通讯、供电、上下水道、消防设施情况;

⑿资金来源、投资方式、投资总额、注册资金(资本);

⒀拟设医疗机构的投资预算;

⒁拟设医疗机构五年内的成本效益预测分析。

申请设置门诊部、诊所、卫生所、医务室、卫生保健所、卫生站、村卫生室(所)、护理站等医疗机构的，可以根据情况适当简化设置可行性研究报告内容。

**选址报告内容包括以下内容（《细则》第十五条）**：

（1）选址的依据；选址所在地区的环境和公用设施情况；

（2）选址与周围托幼机构、中小学校、食品生产经营单位布局的关系；占地和建筑面积。

附件6

**医疗机构法定代表人（主要负责人）情况登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | （相片） |
| 身份证号码 |  | 籍贯 |  |
| 户口所在地 |  |
| 学 历 |  | 专业 |  |
| 毕业时间 | 年 月 | 毕业学校 |  |
| 职业 |  | 工作单位 |  |
| 是否取得《医师资格证书》 | 是□ 否□ | 医师级别 | 执业医师□ 执业助理医师□ |
| 取得执业（助理）《医师资格证书》时间 | 年 月 |
| 首次注册取得《医师执业证书》时间 | 年 月 |
| 现任职称 |  | 获得该职称时间 | 年 月 |
| 是否取得《乡村医生执业证书》 | 是□ 否□ | 取得乡医证书时间 | 年 月 |
| **医疗卫生工作从业经历** |
| 起止年月 | 工作单位 | 从事专业 | 职务/职称 | 证明人 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 既往是否申办过医疗机构 | 是□ 否□ | 申办医疗机构数 | 共 所 |
| 所申办医疗机构名称 | 地址 | 法定代表人 | 主要负责人 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 个人声明：1、本人所填报内容正确无误，所提交证件及其复印件和照片真实无假。如有虚假，由此造成的一切后果由本人承担。2、本人不属于卫生部《医疗机构机构管理条例实施细则》第十二条规定规定的“不得申请设置医疗机构”的五种情形：（一）不能独立承担民事责任的单位；（二）正在服刑或者不具有完全民事行为能力的个人：（三）发生二级以上医疗事故未满五年的医务人员；（四）因违反有关法律、法规和规章，已被吊销执业证书的医务人员：（五）被吊销《医疗机构执业许可证》的医疗机构法定代表人或者主要负责人；……有前款第（二）、（三）、（四）、（五）项所列情形之一者，不得充任医疗机构的法定代表人或者主要负责人。）3、不属于《新疆维吾尔自治区医疗机构管理办法》第十条 规定的不得申请设置医疗机构四种情形：　　(一)不具有设置医疗机构所在地区常住户口的;　　(二)患有传染病未愈者，经县级以上卫生行政部门认定不适宜开展医疗工作的;　　(三)被开除公职或者擅自离职未满5年的医务人员;　　(四)法定代表人或者主要负责人的身体健康状况不能适应正常医疗工作需要的;医疗机构法定代表人（主要负责人）签名： 年 月 日 |

附件7

**法定代表人/负责人健康检查表**

指定体检医院名称: 体检日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生日期 |  | 近照体检单位骑缝章 |
| 工作单位 |  |
| 出 生 地 |  | 民 族 |  |
| 即往病史 |  |
| 家 族 史 |  |
| 外科 | 甲状腺 |  | 脊柱 |  | 医师签字： |
| 淋 巴 |  | 四肢 |  |
| 肛 门 |  | 关节 |  |
| 泌尿生殖器 |  |
| 其 它 |  |
| 内科 | 血 压 |  | 医师签字: |
| 神经及精神 |  |
| 肺及呼吸道 |  |
| 心脏及血管 |  |
| 腹部器官 |  | 肝 |  |
| 脾 |  |
| 其它 |  |
| 胸部X线透视 |  | 医师签字： |
| 心 电 图 |  | 医师签字： |
| 转 氨 酶 |  | 乙肝表面抗原 |  | 化验员签字： |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 五官科 | 眼 | 视力 | 右 | 色觉 | 右 | 其 它眼 疾 |  | 医师签字： |
| 左 | 左 |
| 耳 | 听力 | 右 | 耳疾 |  |
| 左 |
| 鼻及鼻窦疾病 |  |
| 咽 喉 |  |
| 其 它 |  |
| 主检结果 |  （以下部分请在符合的项目上用“√”表示：）结果： 1：健康或良好 2：一般或较弱 3：有慢性病（如有慢性病请继续在下列符合的项目上用“√”表示：） 1.心血管病 6.结核病 2.脑血管病 7.糖尿病 3.慢性呼吸系统病 8.神经或精神病 4.慢性消化系统病 9.其它慢性病(具体): 5.慢性肾炎 体检医院盖章 主检医师签字: 填写日期: 年 月 日 |
| 注册机关意见 | 注册机关盖章填报日期： 年 月 日 |

**注： 1.表中内容请体检单位如实工整填写，不得涂改，不得弄虚作假。**

**2.体检后此表交注册机关。**

**3.X线.心电图.肝功报告单请贴在背面。**

**4.体检有效期为6个月**

|  |
| --- |
| **医疗机构人员名册** |
| （医生共有 人，护士 人，医技人员 人） |
| 序号 | 姓名 | 身份证号码 | 医师 | 护士 | 医技人员专业和职称 |
| 执业类别 | 执业范围 | 职称专业和级别 | 注册有效期 | 职称级别 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附件8