附表2

**母婴保健技术服务执业许可申请登记书**

申请单位 （章）

法定代表人 （章）

登记号

 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

机构性质

申请日期 　年 月 日

批准文件 字（ ）　第 　号

中华人民共和国卫生部制

附表2－1

**填表说明**

1．此表为医疗保健机构向登记机关申请《母婴保健技术服务执业许可证》时专用。

2．医疗机构代码 按照卫统发（1991）年第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．附表2－2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2－2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2－2服务对象 填写要求同4。

6．附表2－2法定代表人 医疗保健机构拥有法人地位者，填写其法定代表人姓名；医疗保健机构若无法人地位，则填写具有法人地位的主管单位的法定代表人姓名。

7．附表2－3在科室设置情况表的□内用划“√” 方式填报。

8．附表2－3医疗保健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，只填报到一级服务科目；未开展的服务科目不必填报。

9．附表2－4在每项空格中填写相应项目的人数。

10．附表2－4人员情况除检验、护理、医技科室外，只填写取得《母婴保健技术考核合格证书》的医疗保健技术人员。

11．附表2－5设备 医疗保健机构按照《母婴保健专项技术服务基本标准》规定的医疗设备标准，逐项填写。

附表2－2  **医疗保健机构简况**

机构名称： 机构评审批准等级： 级 等

登记号（医疗机构代码） □□□□□□□□□□□□□□□□□□

所有制形式 （1）全民（2）集体（3）私人（4）中外合资合作（5）其他 （ ）

隶 属 （1）中央属（2）省、自治区、直辖市属（3）直辖市区、省辖市、地区

 （盟）属（4）省辖市区、地辖市属（5）县（旗）属（6）街道办事处属

 关 系 （7）乡镇属（8）村属（9）其他 （ ）

主管单位名称

服务对象 （1）社会（2）内部（3）境外人员（4）社会＋境外人员 （ ）

机构地址

电话 传真 邮政编码

法 姓名 性别□男 □女 主 姓名 性别□男 □女

定 要

代 出生年月 专业 负 出生年月 专业

表 责

人 职务 职称 人 职务 职称

 最高学历 最高学历

服务方式 社区母婴保健 门诊 住院 家庭病床 巡诊 其他

床位数

备注

附表2－3 **医疗保健机构开展母婴保健技术服务科室设置情况表**

请在□中划“√”

代码 诊疗科目 备注 代码 诊疗科目 备注

□01. 妇女保健科 □06. 内科

□01.01 青春期保健

□01.02 围产期保健 □07. 外科

□01.03 更年期保健

□01.04 妇女心理行为 □08. 眼科

□01.05 妇女营养

□01.06 女职工执业保健 □09. 耳鼻咽喉科

□01.07 其他

 □10. 口腔科

□02. 儿童保健科

□02.01 集体儿童保健 □11. 皮肤科

□02.02 儿童生长发育

□02.03 儿童营养 □12.. 精神科

□02.04 儿童心理行为

□02.05 儿童五官保健 □13. . 传染科

□02.06 儿童康复

□02.07 其他 □14. 麻醉科（手术室）

□03. 婚检专科 □15. 医学检验科

□03.01 男性婚检 □15.01 常规检查

□03.02 女性婚检 □15.02 生化检查

 □15.03 内分泌检查

□04. 妇产科 □15.04 临床检查

□04.01 妇科 □15.05 遗传检查：细胞检查

□04.02 产科 分子检查

□04.03 计划生育 □15.06 其他

□04.04 内分泌

□04.05 生殖健康 □16. 病理科

□04.06 其他

 □17. 医学影像科

□05. 儿科 □17.01 X线诊断专业

□05.01 新生儿急救 □17.02 超声诊断专业

□05.02 小儿传染病 □17.03 心电诊断专业

□05.03 小儿消化 □17.04 脑电及脑血流图诊断专业

□05.04 小儿呼吸 □17.05 神经肌肉电图专业

□05.05 小儿心脏病 □17.06 其他

□05.06 小儿肾病

□05.07 小儿血液病 □18. 中医科

□05.08 小儿神经病学

□05.09 小儿内分泌 □19. 其他

□05.10 小儿遗传病

□05.11 小儿免疫

□05.12 小儿营养不良性疾病防治

□05.13 其他

|  |
| --- |
| 职工总数: 其中卫生技术人员数: 行政后勤人员数: |
| 妇女保健科 | 主任医师 | 副主任医师 | 主治医师 | 医师 | 医士 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 儿童保健科 | 主任医师 | 副主任医师 | 主治医师 | 医师 | 医士 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 婚检专科 | 主任医师 | 副主任医师 | 主治医师 | 医师 | 医士 |  |
| 女 男 | 女 男 | 女 男 | 女 男 | 女 男 |  |
| 妇产科 | 主任医师 | 副主任医师 | 主治医师 | 医师 | 医士 | 助产士 |
|  |  |  |  |  |  |
| 儿科 | 主任医师 | 副主任医师 | 主治医师 | 医师 | 医士 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 遗传科室 | 主任医师 | 副主任医师 | 主治医师 | 医师 | 医士 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 泌尿专科 | 主任医师 | 副主任医师 | 主治医师 | 医师 | 医士 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 检验科 | 主任检验师 | 副主任检验师 | 主管检验师 | 检验师 | 检验员 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 医技科室 | 主任技师 | 副主任技师 | 主管技师 | 技师 | 技术员 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 护理专业 | 主任护师 | 副主任护师 | 主管护师 | 护师 | 护士 | 护理员 |
|  |  |  |  |  |  |

附表2－4  **人员情况**

附表2－5  **母婴保健技术服务仪器设备情况**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 婚前医学检查设备 |  | 产前诊断、遗传病诊断设备 |  |
| 设备项目名称 | （1）妇科检查台、检查床 |  | （1）B型超声诊断仪 |  |
| （2）男、女婚检常规器械 |  | （2）普通双目、三筒研究显微镜 |  |
| （3）听诊器、血压、体重计 |  | （3）隔水式培养箱、恒温干燥箱 |  |
| （4）化验和X光机辅助设备 |  | （4）普通电冰箱、普通离心机 |  |
| （5）其他 |  | （5）自动纯水蒸馏器、负压吸引器 |  |
| 终止妊娠、结扎手术设备 |  | （6）超净工作台 |  |
| （1）手术床、器械台、柜 |  | （7）大容量普通、台式高速离心机 |  |
| （2）负压吸引器、冲洗设备 |  | （8）低温电冰箱、恒温水浴箱 |  |
| （3）照明灯、紫外线消毒灯 |  | （9）低压、高压电泳仪 |  |
| （4）常用消毒药品或制剂 |  | （10）恒温水浴摇床、恒温震荡器 |  |
| （5）必备抢救设施及物品 |  | （11）普通天平、分析天平 |  |
| （6）手术包 |  | （12）PCR热循环仪、液体混合器 |  |
| （7）供血、配血、输血设备 |  | （13）磁力加热搅拌器、酚蒸馏器 |  |
| （8）供氧、抢救监护设备 |  | （14）三用紫外分析仪 |  |
| （9）消毒设施（高压灭菌锅） |  | （15）紫外分光、荧光分光光度计 |  |
| （10）有关检验等辅助设施 |  | （16）酶标仪、同位素检测仪 |  |
| （11）转送危、重病人设备 |  | （17）其他 |  |

注：栏目不够请另附页附件2－6 **提交文件、证件和上级主管部门意见**

申请母婴

保健技术

服务执业

许可登记

提交的文

件、证件

名称

上级主管

部门签署

意 见

 年 月 日 （章）

附件2－7  **审查、主管领导意见、局长核批**

审查

人员

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

附表2－8 **核准登记事项**

登记号（医疗机构代码）□□□□□□□□□□□□□□□□□□

医疗保健机构类别： 名称：

地址： 邮政编码

法定代表人（主要负责人）： 所有制形式：

服务对象：

服务方式：

申请技术服务审批项目：

核准技术服务许可项目：

附表2－9  **核发《母婴保健技术服务执业许可证》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

医疗保健

机构开展

母婴保健

技术服务

登记、公

告、刊登

情况记录

 记录人签字： 年 月 日

备

注