|  |
| --- |
| 受理编号： （ ）卫母婴机构申( )第 号受理日期： 年 月 日 |

母婴保健技术服务机构执业许可

申 请 表

申请机构： （公章）

河南省卫生健康委员会制

|  |  |
| --- | --- |
| 机构名称 |  |
| 机构地址 |  |
| 法定代表人 |   | 办公电话 |  |
| 联系人 |  | 联系方式 |  |
| 申请技术服务项目 |  □助产技术 □结扎手术 □终止妊娠手术 □婚前医学检查□产前筛查（□产前咨询 □胎儿超声筛查 □孕妇外周血生化免疫筛查 □预防先天性缺陷和遗传性疾病的健康教育） |
| 申请产前筛查项目的填写以下内容： |
| 人员情况 | 专职管理人员 | 姓名 |  | 职务/职称 |  |
| 专业技术人员情况 | 临床咨询 人， 产前超声 人， 生化免疫 人 |
| 场所情况 | 临床咨询门诊 | 诊 室 间，每间面积 m2 候诊室 间，每间面积 m2  |
| 超声门诊 | 诊 室 间，每间面积 m2 候诊室 间，每间面积 m2  |
| 生化免疫室（可选） | 总面积 m2  |
| 宣教室 |  间，每间面积 m2  |
| 开展产前筛查技术的可行性 | （另附） |
| 与产前诊断机构合作情况 |  |
| 申请材料清单（均为一式一份，所有复印件上均须加盖单位印章）：1.《母婴保健技术服务机构执业许可申请表》；2.《医疗机构执业许可证》副本复印件；3.科室设置及人员基本情况表；4.母婴保健技术服务专业人员情况表；5.母婴保健技术服务设备情况表；6.开展母婴保健专项技术的规章制度。注：开展产前婚前医学检查、筛查技术项目的，还需提交卫生健康行政部门出具的机构设置意见。 |
| 行政许可申 请 人 | 承诺：以上提交材料真实合法有效，并对申请材料实质内容的真实性负责。如有虚假，愿意承担相应的法律责任。法定代表人（签字）： 医疗机构（公章）  年 月 日 |
| 行政许可受理机关 | 提交申请材料齐全。收件人： 收件日期： 年 月 日 |

科室设置及人员基本情况表

机构名称： 职工总数：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 科室设置诊疗科目 | 面积M2 | 床位数 | 设备种类数 | 卫生技术人员 |
| 总人数 | 其中：高级职称人员数 |
| 1 | **妇产科** |  |  |  |  |  |
|  | 妇科 |  |  |  |  |  |
|  | 产科 |  |  |  |  |  |
|  | 妇女保健 |  |  |  |  |  |
|  | 遗传 |  |  |  |  |  |
|  | 生殖 |  |  |  |  |  |
|  | 其它 |  |  |  |  |  |
| 2 | **儿科** |  |  |  |  |  |
|  | 儿内 |  |  |  |  |  |
|  | 儿外 |  |  |  |  |  |
|  | 新生儿 |  |  |  |  |  |
|  | 儿童保健 |  |  |  |  |  |
|  | 其它 |  |  |  |  |  |
| 3 | **医学影像** |  |  |  |  |  |
|  | 超声 |  |  |  |  |  |
|  | 核磁 |  |  |  |  |  |
|  | X线 |  |  |  |  |  |
|  | 心电 |  |  |  |  |  |
|  | 脑电 |  |  |  |  |  |
|  | 神经肌肉电 |  |  |  |  |  |
|  | 其它 |  |  |  |  |  |
| 4 | **检验科** |  |  |  |  |  |
|  | 分子遗传 |  |  |  |  |  |
|  | 细胞遗传 |  |  |  |  |  |
|  | 生化免疫 |  |  |  |  |  |
|  | 常规检验 |  |  |  |  |  |
|  | 生化检验 |  |  |  |  |  |
|  | **其它** |  |  |  |  |  |
| 5 | **病理科** |  |  |  |  |  |
| 6 | **内科** |  |  |  |  |  |
| 7 | **外科** |  |  |  |  |  |
| 8 | **麻醉(手术)科** |  |  |  |  |  |
| 9 | **皮肤科** |  |  |  |  |  |
| 10 | **口腔科** |  |  |  |  |  |
| 11 | **耳鼻喉科** |  |  |  |  |  |
| 12 | **眼科** |  |  |  |  |  |
| 13 | **其它科室** |  |  |  |  |  |
| 14 | **护理** |  |  |  |  |  |
|  | 合计 |  |  |  |  |  |

**母婴保健技术服务专业人员情况表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 学历 | 职称 | 专业及从事本专业年限 | 《母婴保健技术考核合格证书》或《医师执业证书》编号 | 初次取得母婴保健服务人员资格时间 | 从事母婴保健技术服务项目 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

机构名称：

**母婴保健技术服务仪器设备情况表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **婚前医学检查设备** | **数量** | **新生儿疾病筛查设备** | **数量** |
| 设备项目名称 | （1）妇科检查台、检查床 |  | （1）筛查型耳声发射仪 |  |
| （2）男、女婚检常规器械 |  | （2）自动听性脑干诱发电位仪 |  |
| （3）听诊器、血压、体重计 |  | （3）计算机 |  |
| （4）化验和X光机辅助设备 |  | （4）冰箱 |  |
| （5）其他 |  |  |  |
| **终止妊娠、结扎手术设备** |  | **产前筛查设备** |  |
| （1）手术床、器械台、柜 |  | **超声产前筛查室** |  |
| （2）负压吸引器、冲洗设备 |  | 彩色多普勒超声诊断仪 |  |
| （3）照明灯、紫外线消毒灯 |  | 超声工作站(图文管理和声像存储系统) |  |
| （4）常用消毒药品或制剂 |  | **生化免疫实验室** |  |
| （5）必备抢救设施及物品 |  | 普通离心机 |  |
| （6）手术包 |  | 全自动生化免疫检测仪 |  |
| （7）供血、配血、输血设备 |  | 普通电冰箱 |  |
| （8）供氧、抢救监护设备 |  | -80℃冰箱 |  |
| （9）消毒设施（高压灭菌锅） |  | **其他** |  |
| （10）有关检验等辅助设施 |  | 计算机（可接外网） |  |
| （11）转送危、重病人设备 |  | 资料柜 |  |

**行政许可申请授权委托书**

兹授权委托 （身份证号： ）代理我单位 [母婴保健技术服务机构执业许可](http://www.hnwsjsw.gov.cn/xzxk/channels/34.shtml)  申请、办理及证件签收相关事宜。

本委托书有效期至该行政许可证件办结。

代理人身份证复印件粘贴处

（单位压缝章）

委托单位（签章）：

委托人（签名）：

代理人（签名）：

年 月 日