



内蒙古自治区卫生健康委员会

内卫医字〔2020〕696号

内蒙古自治区卫生健康委关于贯彻落实 国家卫生健康委办公厅关于取消部分医疗机构 《设置医疗机构批准书》核发加强 事中事后监管工作的通知

各盟市卫生健康委：

为贯彻落实国家卫生健康委《关于取消部分医疗机构〈设置医疗机构批准书〉核发加强事中事后监管工作的通知》（国卫办医函〔2020〕902号）要求，做好我区取消《设置医疗机构批准书》核发和事中事后监管工作，现就有关事项通知如下。

一、取消核发《设置医疗机构批准书》的适用范围及审批流程

（一）除三级医院、三级妇幼保健院、急救中心、急救站、临床检验中心、中外合资合作医疗机构、港澳台独资医疗机构外，举办其他医疗机构的，卫生健康行政部门不再核发《设置医疗机构批准书》，在执业登记时发放《医疗机构执业许可证》。

（二）举办人应当在申请执业登记前，对设置医疗机构的可行性和对周边的影响进行研究，合理设计医疗机构的选址布局、功能定位、服务方式、诊疗科目、人员配备、床位数量、设备设施等。在申请执业登记时，按照《医疗机构管理条例实施细则》和医疗机构基本标准等相关规定提交以下材料：

1. 医疗机构设置可行性研究报告。
2. 医疗机构选址报告。
3. 医疗机构执业登记注册的请示。
4. 《医疗机构申请执业登记注册书》。（见附件）
5. 医疗机构用房产权或证明材料。
6. 医疗机构建筑设计平面图及科室分布图。
7. 医疗机构规章制度。
8. 医疗机构法人、主要负责人身份证及医学相关资质证书复印件。
9. 医疗机构主要负责人及各科室负责人名单，有关资格证书、执业证书、职称证书复印件。
10. 医疗机构卫生技术人员名单（姓名、职称、职务、所在科室、已取得相关证书名称及编号、身份证号）。
11. 医疗机构设施设备清单（名称、数量、型号、规格、单价、进口设备报关单号）。

以上材料一式三份，全部加盖公章。

（三）卫生健康行政部门受理举办人递交的医疗机构执业登

记申请后，应当对申请登记的医疗机构基本情况进行公示，并严格依法进行书面材料审核和现场实地审核，经审核合格的，核发《医疗机构执业许可证》，并将有关信息通过医疗机构联网注册管理系统同步完成电子化注册，生成医疗机构电子证照。审核不合格的，一律不予登记。

二、强化区域医疗机构设置规划的指导作用

（一）各级卫生健康行政部门要进一步优化完善本地区医疗机构设置规划，明确在规划周期内本地区各类医疗机构的数量、分布、床位分配、人员配比、大型设备配置等。每年3月底前向社会公布上一年度本辖区医疗机构数量、布局、床位数、大型设备等资源配置以及本规划周期内剩余资源情况。

（二）各级卫生健康行政部门要对社会办医疗机构实行指导性规划，鼓励社会力量在医疗资源薄弱区域或者儿科、康复、护理、精神卫生等短缺专科领域举办非营利性的医疗机构。要做好医疗机构设置规划等政策措施的宣传解读，加强政务大厅工作人员培训，及时更新调整有关事项的办理流程和服务指南，加强政务审批与卫生健康行政部门事中事后监管的无缝衔接，为社会力量举办医疗机构提供服务，同时注意防止以服务之名行审批之实。

三、进一步规范医疗机构命名。

核定医疗机构名称必须符合《医疗机构管理条例》及《医疗机构管理条例实施细则》等有关规定，遵循名副其实，名称与类别、诊疗科目相适应等命名基本原则，做到医疗机构命名准确、

规范、合理。要规范使用医疗机构通用名称，不得擅自增加、更改；要准确核定医疗机构识别名称，不得核定可能产生歧义或误导患者的医疗机构名称；不得核定利用谐音、形容词等模仿或暗示其他医疗机构的名称；难以判断识别名称或者不能把握的，要请示上级卫生健康行政部门。含有“中心”、“总”字样的医疗机构名称必须同时含有行政区划名称或者地名；“人民医院”、“中心医院”、“临床检验中心”等名称由各级人民政府或卫生行政部门设置的医疗机构使用。

各级卫生健康行政部门要规范各盟市、旗县政府举办的综合医院名称，必须冠以“人民”或“中心”字样，其他非政府举办的医疗机构一律不得使用“人民”或“中心”字样。

四、进一步加强事中事后监管

自治区卫生健康委建立医疗机构和医务人员不良执业行为计分管理办法，各地要尽快建立健全医疗机构和医务人员不良执业行为计分制度，完善以执业准入注册、不良执业行为记录为基础的医疗卫生行业信用记录数据库。建立医疗卫生行业黑名单制度，加强对失信行为的记录、公示和预警。认真落实“双随机、一公开”监管机制，与专项检查、专项整治、处罚后复查等相结合，依法向社会公开监管信息。畅通投诉举报渠道，依法处理医患纠纷和医疗事故，对于投诉举报多、安全隐患大、有失信行为和严重违法违规记录的医疗机构，增加抽查频次、加大查处力度，必要时责令停业整顿，对严重违法的医疗机构及其从业人员实行行

业禁入。

自治区卫生健康委医政医管局

联 系 人：张 颖

联系电话：0471—6946623

自治区卫生健康委蒙中医药管理处

联 系 人：姜阿如娜

联系电话：0471—6944929

附件：医疗机构执业许可相关附表

内蒙古自治区卫生健康委员会

2020年12月24日

（信息公开形式：主动公开）



附件：医疗机构执业许可相关附表

附表 1

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

中华人民共和国国家卫生健康委员会制

附表 1-1

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。
7. 附表 5-3 在诊疗科目代码前的□内划“√”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 管理人员 指医疗机构的领导和职能科室的各级管理人员, 财会人员除外。
12. 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。
13. 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。
14. 附表 5-6 凡是在 94 年 9 月 1 日以前开业的医疗机构要填写此项, 在 94 年 9 月 1 日以后申请新开业的医疗机构可不填写。
15. 附表 5-6 出院者平均住院日计算公式:
$$\frac{\text{出院者占用总床日数}}{\text{出院人数}}$$
16. 附表 5-6 平均每一门诊诊疗人次医疗费(元)计算公式:
$$\frac{\text{上一年全年门诊医疗费用总数(元)}}{\text{上一年全年门诊诊疗人次总数}}$$

门诊医疗费用包括: 挂号费、药费、检查治疗费等门诊收入。
17. 附表 5-6 平均每一出院者住院医疗费(元)计算公式:
$$\frac{\text{上一年全年出院者住院医疗费用总数(元)}}{\text{上一年全年出院总人数}}$$

住院医疗费用包括: 住院费、药费、手术费、检查治疗费等住院收入。
18. 附表 5-6 出院者平均每天住院医疗费(元)计算公式:
$$\frac{\text{平均每一出院者住院的医疗费(元)}}{\text{出院者平均住院日}}$$

附表 1-2

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) <input type="text"/>												
所有制形式 (1)全民 (2)集体 (3)私人 (4)中外合资 (5)其它 ()												
隶属关系		(1)中央属 (2)省、自治区、直辖市属 (3)直辖市市区、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 (7)乡(镇)属 (8)村属 (9)其它 ()										
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 ()												
医疗机构地址												
电话			传真			邮政编码 <input type="text"/>						
法定代表人	姓名		性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		主要负责人	姓名		性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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			建筑			建筑面积中						
m ²			面积			业务用房面积						
m ²			m ²			m ²						
资金总计			万元		固定资金		万元		流动资金		万元	
服务方式 <input type="checkbox"/> 门诊 <input type="checkbox"/> 急诊 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 家庭病床 <input type="checkbox"/> 出诊 <input type="checkbox"/> 其他												
床位数						牙科诊椅数						
备注												

附表 1-3-1

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
<input type="checkbox"/> 01.	预防保健科		<input type="checkbox"/> 07.03	小儿消化专业	
<input type="checkbox"/> 02.	全科医疗科		<input type="checkbox"/> 07.04	小儿呼吸专业	
<input type="checkbox"/> 03.	内科		<input type="checkbox"/> 07.05	小儿心脏病专业	
<input type="checkbox"/> 03.01	呼吸内科专业		<input type="checkbox"/> 07.06	小儿肾病专业	
<input type="checkbox"/> 03.02	消化内科专业		<input type="checkbox"/> 07.07	小儿血液病专业	
<input type="checkbox"/> 03.03	神经内科专业		<input type="checkbox"/> 07.08	小儿神经病学专业	
<input type="checkbox"/> 03.04	心血管内科专业		<input type="checkbox"/> 07.09	小儿内分泌专业	
<input type="checkbox"/> 03.05	血液内科专业		<input type="checkbox"/> 07.10	小儿遗传病专业	
<input type="checkbox"/> 03.06	肾病学专业		<input type="checkbox"/> 07.11	小儿免疫专业	
<input type="checkbox"/> 03.07	内分泌专业		<input type="checkbox"/> 07.12	其他	
<input type="checkbox"/> 03.08	免疫学专业		<input type="checkbox"/> 08.	小儿外科	
<input type="checkbox"/> 03.09	变态反应专业		<input type="checkbox"/> 08.01	小儿普通外科专业	
<input type="checkbox"/> 03.10	老年病专业		<input type="checkbox"/> 08.02	小儿骨科专业	
<input type="checkbox"/> 03.11	其他		<input type="checkbox"/> 08.03	小儿泌尿外科专业	
<input type="checkbox"/> 04.	外科		<input type="checkbox"/> 08.04	小儿胸心外科专业	
<input type="checkbox"/> 04.01	普通外科专业		<input type="checkbox"/> 08.05	小儿神经外科专业	
<input type="checkbox"/> 04.01.01	肝脏移植项目		<input type="checkbox"/> 08.06	其他	
<input type="checkbox"/> 04.01.02	胰腺移植项目		<input type="checkbox"/> 09.	儿童保健科	
<input type="checkbox"/> 04.01.03	小肠移植项目		<input type="checkbox"/> 09.01	儿童生长发育专业	
<input type="checkbox"/> 04.02	神经外科专业		<input type="checkbox"/> 09.02	儿童营养专业	
<input type="checkbox"/> 04.03	骨科专业		<input type="checkbox"/> 09.03	儿童心理卫生专业	
<input type="checkbox"/> 04.04	泌尿外科专业		<input type="checkbox"/> 09.04	儿童五官保健专业	
<input type="checkbox"/> 04.04.01	肾脏移植项目		<input type="checkbox"/> 09.05	儿童康复专业	
<input type="checkbox"/> 04.05	胸外科专业		<input type="checkbox"/> 09.06	其他	
<input type="checkbox"/> 04.06	心脏大血管外科专业		<input type="checkbox"/> 10.	眼科	
<input type="checkbox"/> 04.06.01	心脏移植项目		<input type="checkbox"/> 11.	耳鼻咽喉科	
<input type="checkbox"/> 04.07	烧伤科专业		<input type="checkbox"/> 11.01	耳科专业	
<input type="checkbox"/> 04.08	整形外科专业		<input type="checkbox"/> 11.02	鼻科专业	
<input type="checkbox"/> 04.09	其他		<input type="checkbox"/> 11.03	咽喉科专业	
<input type="checkbox"/> 05.	妇产科		<input type="checkbox"/> 11.04	其他	
<input type="checkbox"/> 05.01	妇科专业		<input type="checkbox"/> 12.	口腔科	
<input type="checkbox"/> 05.02	产科专业		<input type="checkbox"/> 12.01	口腔内科专业	
<input type="checkbox"/> 05.03	计划生育专业		<input type="checkbox"/> 12.02	口腔颌面外科专业	
<input type="checkbox"/> 05.04	优生学专业		<input type="checkbox"/> 12.03	正畸专业	
<input type="checkbox"/> 05.05	生殖健康与不孕症专业		<input type="checkbox"/> 12.04	口腔修复专业	
<input type="checkbox"/> 05.06	其他		<input type="checkbox"/> 12.05	口腔预防保健专业	
<input type="checkbox"/> 06.	妇女保健科		<input type="checkbox"/> 12.06	其他	
<input type="checkbox"/> 06.01	青春期保健专业		<input type="checkbox"/> 13.	皮肤科	
<input type="checkbox"/> 06.02	围产期保健专业		<input type="checkbox"/> 13.01	皮肤病专业	
<input type="checkbox"/> 06.03	更年期保健专业		<input type="checkbox"/> 13.02	性传播疾病专业	
<input type="checkbox"/> 06.04	妇女心理卫生专业		<input type="checkbox"/> 13.03	其他	
<input type="checkbox"/> 06.05	妇女营养专业		<input type="checkbox"/> 14.	医疗美容科	
<input type="checkbox"/> 06.06	其他				
<input type="checkbox"/> 07.	儿科				
<input type="checkbox"/> 07.01	新生儿专业				
<input type="checkbox"/> 07.02	小儿传染病专业				

附表 1-3-2

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
<input type="checkbox"/> 15.	精神科		<input type="checkbox"/> 31.	病理科	
<input type="checkbox"/> 15.01	精神病专业		<input type="checkbox"/> 32.	医学影像科	
<input type="checkbox"/> 15.02	精神卫生专业		<input type="checkbox"/> 32.01	X线诊断科专业	
<input type="checkbox"/> 15.03	药物依赖专业		<input type="checkbox"/> 32.02	CT诊断专业	
<input type="checkbox"/> 15.04	精神康复专业		<input type="checkbox"/> 32.03	磁共振成像诊断专业	
<input type="checkbox"/> 15.05	社区防治专业		<input type="checkbox"/> 32.04	核医学专业	
<input type="checkbox"/> 15.06	临床心理专业		<input type="checkbox"/> 32.05	超声诊断专业	
<input type="checkbox"/> 15.07	司法精神专业		<input type="checkbox"/> 32.06	心电诊断专业	
<input type="checkbox"/> 15.08	其他		<input type="checkbox"/> 32.07	脑电及脑血流图诊断专业	
<input type="checkbox"/> 16.	传染科		<input type="checkbox"/> 32.08	神经肌肉电图专业	
<input type="checkbox"/> 16.01	肠道传染病专业		<input type="checkbox"/> 32.09	介入放射学专业	
<input type="checkbox"/> 16.02	呼吸道传染病专业		<input type="checkbox"/> 32.10	放射治疗专业	
<input type="checkbox"/> 16.03	肝炎专业		<input type="checkbox"/> 32.11	其他	
<input type="checkbox"/> 16.04	虫媒传染病专业		<input type="checkbox"/> 50.	中医科	
<input type="checkbox"/> 16.05	动物源性传染病专业		<input type="checkbox"/> 50.01	内科专业	
<input type="checkbox"/> 16.06	蠕虫病专业		<input type="checkbox"/> 50.02	外科专业	
<input type="checkbox"/> 16.07	其他		<input type="checkbox"/> 50.03	妇产科专业	
<input type="checkbox"/> 17.	结核病科		<input type="checkbox"/> 50.04	儿科专业	
<input type="checkbox"/> 18.	地方病科		<input type="checkbox"/> 50.05	皮肤科专业	
<input type="checkbox"/> 19.	肿瘤科		<input type="checkbox"/> 50.06	眼科专业	
<input type="checkbox"/> 20.	急诊医学科		<input type="checkbox"/> 50.07	耳鼻咽喉科专业	
<input type="checkbox"/> 21.	康复医学科		<input type="checkbox"/> 50.08	口腔科专业	
<input type="checkbox"/> 22.	运动医学科		<input type="checkbox"/> 50.09	肿瘤科专业	
<input type="checkbox"/> 23.	职业病科		<input type="checkbox"/> 50.10	骨伤科专业	
<input type="checkbox"/> 23.01	职业中毒专业		<input type="checkbox"/> 50.11	肛肠科专业	
<input type="checkbox"/> 23.02	尘肺专业		<input type="checkbox"/> 50.12	老年病科专业	
<input type="checkbox"/> 23.03	放射病专业		<input type="checkbox"/> 50.13	针灸科专业	
<input type="checkbox"/> 23.04	物理因素损伤专业		<input type="checkbox"/> 50.14	推拿科专业	
<input type="checkbox"/> 23.05	职业健康监护专业		<input type="checkbox"/> 50.15	康复医学专业	
<input type="checkbox"/> 23.06	其他		<input type="checkbox"/> 50.16	急诊科专业	
<input type="checkbox"/> 24.	临终关怀科		<input type="checkbox"/> 50.17	预防保健科专业	
<input type="checkbox"/> 25.	特种医学与军事医学科		<input type="checkbox"/> 50.18	其他	
<input type="checkbox"/> 26.	麻醉科		<input type="checkbox"/> 51.	民族医学科	
<input type="checkbox"/> 30.	医学检验科		<input type="checkbox"/> 51.01	维吾尔医学	
<input type="checkbox"/> 30.01	临床体液、血液专业		<input type="checkbox"/> 51.02	藏医学	
<input type="checkbox"/> 30.02	临床微生物学专业		<input type="checkbox"/> 51.03	蒙医学	
<input type="checkbox"/> 30.03	临床生化检验专业		<input type="checkbox"/> 51.04	彝医学	
<input type="checkbox"/> 30.04	临床免疫、血清学专业		<input type="checkbox"/> 51.05	傣医学	
<input type="checkbox"/> 30.05	临床细胞分子遗传学专业		<input type="checkbox"/> 51.06	其他	
<input type="checkbox"/> 30.06	其他		<input type="checkbox"/> 52.	中西医结合科	

附表 1-4

人员情况

职工总数		其中卫生技术人员数			行政后勤人员数	
医 生	主任医师	副主任医师	主治医师	住院医师	医士	
药剂 人员	主任药剂师	副主任药剂师	主管药剂师	药剂师	药剂士	
检验 人员	主任检验师	副主任检验师	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	
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		
营养师				营养士		
康复治疗人员				助产士		
乡村医生				村卫生员		
其他人员						

附表 1-5

仪器设备情况

	名 称	数量	名 称	数量
大型 仪器 设备	(1) 伽玛刀		(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 治疗机		(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) 500mA X 光机		(16) 血液透析仪	
	(8) 800mA X 光机		(17) 环氧乙烷消毒设备	
	(9) 1000mA 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 1-6

上一年度业务工作概况

服 务 量	门诊诊疗 人次	急诊诊疗 人次	入院病人 人次	床位周转 次数	出院者平均 住院日	床位使用率 (%)	家庭病床 (张)	出诊人次
收入 来源 (万元)	国家拨款		业务收入	集 资	捐 款	贷 款	其 它	
	经常性拨款	专款						
业务收入 分类(万 元)	药品费	检查费	手术费	住院床位费	挂号费	诊查费	其他	
支出 (万元)	人员开支		药品购置	设备购置	消耗品 购置	维修	其他	
	基本工资	资金补贴						
平均每一门诊诊疗人次医疗费(元)								
平均每一出院者住院医疗费(元)								
出院者平均每天住院医疗费(元)								
计算机应 用	<div> <input type="checkbox"/>门诊病人管理 <input type="checkbox"/>住院病人管理 <input type="checkbox"/>病案首页管理 <input type="checkbox"/>医疗统计 </div> <div> <input type="checkbox"/>病房医嘱管理 <input type="checkbox"/>药品管理 <input type="checkbox"/>营养膳食管理 <input type="checkbox"/>科研项目管理 </div> <div> <input type="checkbox"/>后勤管理 <input type="checkbox"/>财务管理 <input type="checkbox"/>人事管理 <input type="checkbox"/>其他 </div>							

附表 1-7

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	
主管部门 签署意见	<div>年 月 日 (章)</div>

附表 1-8

审查、主管领导意见、局长核批

审 查 人 员 意 见	<div>签字： 年 月 日</div>
主管处（科） 室负责人意见	<div>签字： 年 月 日</div>
分管领导 核批	<div>签字： 年 月 日</div>

附表 1-9

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： m^2	建筑面积： m^2
诊疗科目：	
床位数：	牙椅数：
其他项目：	
核准药品种类：	

附表 1-10

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		
医疗机构 登记公告 刊登情况 记 录	记录人签字： 年 月 日		
备 注			

附表 2

批准文号 字()第 号

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:

主要负责人:

申请日期: 年 月 日

中华人民共和国国家卫生健康委员会制

(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		
注册资金 (资本)	合计:	合计:
	固定 资金	固定 资金
	流动 资金	流动 资金
诊疗科目		
床位(牙椅)		
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	<p>法定代表人 (主要负责人)签字：_____年____月____日</p>
<p>医疗机构地址：</p> <p>邮 编：_____联 系 人：_____</p> <p>电 话：_____</p>	
主管部门 签署意见	<p>_____年____月____日 (章)</p>
行政审批 承诺书	<p>申请人已清楚、全面了解行政审批机关的告知内容，将认真履行被告知的义务，接受监督管理，并郑重作出如下承诺：</p> <p>（一）所填写的信息和提交的材料真实、准确；</p> <p>（二）已经知晓行政审批机关告知的全部内容；</p> <p>（三）自身能够满足行政审批机关告知的条件、标准和技术要求；</p> <p>（四）能够在约定期限内，提交行政审批机关告知的相关材料；</p> <p>（五）愿意承担违反承诺的法律责任；</p> <p>（六）所作承诺是申请人真实意愿的表示。</p> <p>申请人（或申请单位负责人）：</p> <p>_____年____月____日</p> <p>注：承诺书一式两份，由行政审批机关和申请人各保存一份。</p>

(四)核发《医疗机构执业许可证》及归档、公告情况

登记号(医疗机构代码) □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□			
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			

（五）核准变更登记事项

登记号(医疗机构代码): □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□	
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):	
诊疗科目:	
床位(牙椅):	
备 注:	
审查人员 意见	签字: 年 月 日
主管处(科) 室负责人意 见	签字: 年 月 日
分管领导 核批	签字: 年 月 日

附表 3

申请号：

申请日期：

医疗机构延续注册登记申请书

医疗机构（公章）_____

设置单位（公章）_____

填表日期 年 月 日

中华人民共和国国家卫生健康委员会制

填写说明

1. 本申请书用于医疗机构执业许可延续申请;
2. 附表 14-2 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管理办法》(暂行)和补充规定的有关规定填写。
3. 附表 14-2 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. 表 14-2 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 14-2 服务对象 填写要求同 4。
6. 附表 14-2 法定代表人 医疗机构为法人单位的,填写其法定代表人姓名;不属于法人单位的,填写主要负责人姓名。
7. 附表 14-3 在每项空格中填写相应项目的人数。
8. 附表 14-3 管理人员 指医疗机构的领导和职能科室的各级管理人员,财会人员除外。
9. 附表 14-3 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。
10. 附表 14-4 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。
11. 附表 14-5 出院者平均住院日计算公式:
$$\frac{\text{出院者占用总床日数}}{\text{出院人数}}$$
12. 附表 14-5 平均每一门诊诊疗人次医疗费(元)计算公式:
$$\frac{\text{上一年全年门诊医疗费用总数(元)}}{\text{上一年全年门诊诊疗人次总数}}$$
门诊医闻费用包括:挂号费、药费、检查治疗费等门诊收入。
13. 附表 14-5 平均每一出院者住院医疗费(元)计算公式:
$$\frac{\text{上一年全年出院者住院医疗费用总数(元)}}{\text{上一年全年出院总人数}}$$
住院医疗费用包括:住院费、药费、手术费、检查治疗费等住院收入。
14. 附表 14-5 出院者平均每天住院医疗费(元)计算公式:
$$\frac{\text{平均每一出院者住院医疗费(元)}}{\text{出院者平均住院日}}$$
15. 本申请书一式二份,下载时双面打印。

医疗机构简况（此项按到期前医疗机构执业许可证核准登记内容填写）

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 （1）国营（2）集体经济经营（3）私营（4）中外合资合作（5）其他			
隶属关系 （1）中央属（2）省、自治区、直辖市属（3）直辖市市区、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（7）（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（ ）			
医疗机构地址			
邮下编码 □□□□□□		电话	
传真			
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 m ²	建筑面积 m ²	建筑面积中业务用房面积 m ²	
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 □巡诊 □其他			
床位数		牙科诊椅数	
核准的诊疗科目：			
备注			

人员情况

职工总数		其中卫生技术人员数		行政后勤人员数		
医 生	主任医师	副主任医师	主治医师	住院医师	医 士	
药剂 人员	主任药剂师	副主任药剂师	主管药剂师	药剂师	药剂 士	
检验 人员	主任检验师	副主任检验师	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	
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		
财务 人员	高级会计师	会计师	助理会计师	会计员		
管理人员			营养师			
营养士			助产士			
康复治疗人员						
工人			其他人员			
乡村医生			村卫生员			

仪器设备情况

	名 称	数量	名 称	数量
大型 仪器 设备	(1) 伽玛刀		(10) r-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) 钴治疗机		(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) 500mA 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。

上一年度业务工作情况

服 务 量	门诊 诊疗人次	急诊 诊疗人次	入院病 人人次	床位周 转次数	出院者平 均住院日	床位使用 率 (%)	家庭病床 (张)	出诊 人次
收 入 来 源 (万元)	国家拨款		业务 收入	集 资	捐 款	贷 款	其 它	
	经常 性拨款	专款						
业务收 入分类 (万元)	药品费	检查费	手术费	住院床位 费	挂号费	诊查费	其它	
支 出 (万元)	人员开支							
	基本 工资	奖金补 贴						
平均每一门诊诊疗人次医疗费 (元)								
平均每一出院者住院医疗费 (元)								
出院者平均每天住院医疗费 (元)								
计 算 机 应 用	<div> <input type="checkbox"/> 门诊病人管理 <input type="checkbox"/> 住院病人管理 <input type="checkbox"/> 病案首页管理 </div> <div> <input type="checkbox"/> 医疗统计 <input type="checkbox"/> 病房医嘱管理 <input type="checkbox"/> 药品管理 </div> <div> <input type="checkbox"/> 营养膳食管理 <input type="checkbox"/> 科研项目管理 <input type="checkbox"/> 后勤管理 </div> <div> <input type="checkbox"/> 财务管理 <input type="checkbox"/> 人事管理 <input type="checkbox"/> 其他 </div>							

提交资料和上级主管部门意见

申请需附资料（请在所提供资料的□内打“√”）

- ☐（一）《医疗机构延续注册登记申请书》；
- ☐（二）《医疗机构执业许可证》正副本原件及复印件；
- ☐（三）上一年度工作总结；
- ☐（四）上一校验期内接受卫生行政部门检查、指导结果及整改情况；
- ☐（五）本医疗机构从业人员执业注册证书复印件；
- ☐（六）5 万元以上的验资报告。

保 证 书

本医疗机构向内蒙古自治区卫生健康委员会所提供的申报材料均真实、合法。

如有不实之处，本机构愿承担相应的法律责任，并负担由此所造成的一切后果。

保证方：法定代表人（签名）

医疗机构（公章）

审 查 人 员 意 见	<div>签名：</div> <div>年 月 日</div>
主 管 处 (科) 室 负 责 人 意 见	<div>签名：</div> <div>年 月 日</div>
分 管 领 导 核 批	<div>签名：</div> <div>年 月 日</div>

核准登记事项

执业许可证登记号:	
批准日期:	年 月 日
有效期:	年 月 日至 年 月 日
医疗机构 第一名称: 机构名称 第二名称: 第三名称:	
地址: 邮编: □□□□□□	
法定代表人: 主要负责人:	所有制形式:
经营性质:	医疗机构类别:
注册资金 (资本):	职工人数:
服务对象:	服务方式:
占地面积:	建筑面积:
床位数:	牙椅数:
诊疗科目:	

内蒙古自治区卫生健康委员会办公室

2020 年 12 月 24 日印发

校对：张颖

共印 1 份