重庆市渝中区卫生健康委员会

关于换发诊所备案凭证的通知

渝中卫发〔2023〕9号

辖区各诊所：

根据国家卫生健康委、国家中医药局制定下发的《诊所备案管理暂行办法》（国卫医政发〔2022〕33号）文件要求，为切实贯彻落实诊所实施备案管理，做好诊所备案凭证换发工作，现将有关事宜通知如下：

一、换发对象

在2023年2月1日前已经区卫生健康行政部门批准，取得《医疗机构执业许可证》的诊所。中医备案诊所除外。

二、换发时间

2023年2月1日至12月20日。

三、换发地点

渝中区行政服务大厅1楼1-5号窗口。

四、材料清单

（一）诊所备案信息表；

（二）诊所房屋平面布局图（指诊所使用房屋按照比例标识，注明功能分布和面积大小）；

（三）诊所用房产权证件或租赁使用合同；

（四）诊所法定代表人、主要负责人有效身份证明和有关资格证书、执业证书复印件；

（五）其他卫生技术人员名录、有效身份证明和有关资格证书、执业证书复印件；

（六）诊所规章制度；

（七）诊所仪器设备清单；

（八）附设药房（柜）的药品种类清单；

（九）诊所的污水、污物、粪便处理方案，诊所周边环境情况说明；

（十）营业执照复印件（营业执照名称需与医疗机构名称核心词一致）；

（十一）原医疗机构执业许可证正、副本原件；

（十二）按照法律法规要求提供的其他相关材料。

法人或其他组织设置诊所的，还应当提供法人或其他组织的资质证明、法定代表人身份证明或者其他组织代表人身份证明。

五、工作要求

（一）申请人应保证提交的材料真实、合法、有效，并愿为此承担法律责任，所有材料复印件需加盖医疗机构公章。

（二）在《诊所备案管理暂行办法》施行前已取得《医疗机构执业许可证》的诊所，不再新增变更、校验、停业、解除停业等业务申请。

（三）换发之后所涉及的环保、医废、医保等问题，各机构应及时与相关部门、单位取得联系。

附件：《诊所备案信息表》

重庆市渝中区卫生健康委员会

2023年1月31日

（此件公开发布）

附件

诊所备案信息表

备案编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 诊所名称 |  | | | | | | | | | |
| 诊所地址 |  | | | | | | | | | |
| 设置单位名称 |  | | | | | | | | | |
| 设置单位  资质证明 | 资质证明名称 | | | |  | | | | | |
| 编 号 | | | |  | | | | | |
| 设置人 | 姓 名 | | | |  | | 联系电话 | |  | |
| 身份证号 | | | |  | | | | | |
| 诊所  法定代表人 | 姓 名 | | | |  | | 联系电话 | |  | |
| 身份证号 | | | |  | | | | | |
| 医师资格证书编码 | | | |  | | | | | |
| 医师执业证书编码 | | | |  | | | | | |
| 执业类别 | | | |  | | 执业范围 | |  | |
| 诊所  主要负责人 | 姓 名 | | | |  | | 联系电话 | |  | |
| 身份证号 | | | |  | | | | | |
| 医师资格证书编码 | | | |  | | | | | |
| 医师执业证书编码 | | | |  | | | | | |
| 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 | |  |
| 身份证号 | | | |  | | | | | |
| 医师资格证书编码 | | | |  | | | | | |
| 医师执业证书编码 | | | |  | | | | | |
| 护士  （可另附页） | 姓名 | | 专业 | | 身份证号 | | | 执业证书编码 | | |
|  | |  | |  | | |  | | |
| 药学人员  （可另附页） | 姓名 | | 专业 | | 身份证号 | | | 执业证书编码  （或其他资质证书编码） | | |
|  | |  | |  | | |  | | |
| 医技人员  （可另附页） | 姓名 | | 专业 | | 身份证号 | | | 资格证书编码 | | |
|  | |  | |  | | |  | | |
| 所有制形式 | □全民 □集体 □股份制 □私人 □其他 | | | | | | | | | |
| 经营性质 | □营利性 □非营利性（政府办） □非营利性（非政府办） | | | | | | | | | |
| 诊所类型 | □普通诊所 | | | | | | □中医（综合）诊所 | | | |
| □口腔诊所 | | | | | | □中西医结合诊所 | | | |
| □医疗美容诊所 | | | | | |  | | | |
| 诊疗科目 |  | | | | | | | | | |
| 服务方式 |  | | | | | | | | | |
| 设置人签字  （盖章） | 本人承诺所填报的信息和所附材料真实、有效。  设置人签字（盖章）：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 委托办理人  签字 | 签 字：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 备案机关  意见 | 备案机关盖章： 审核人签字：    年 月 日 | | | | | | | | | |

注：1.按照诊所备案信息表说明（附后）填写。

2.本表一式三份，分别由诊所、备案机关、备案机关所在地地市级人民政府卫生健康行政部门或中医药主管部门留存。