母婴保健技术服务机构执业许可指南

曲靖市马龙区行政审批局

2020年3月

母婴保健技术服务机构执业许可指南

一、审批机关

曲靖市马龙区行政审批局

受理地点：曲靖市马龙区行政审批局（春晓路35号）

受理窗口：曲靖市马龙区区行政审批局三楼社会事务审批科

受理时间：周一至周五 上午8：30－11：30；下午14：30－17：30（节假日除外）

交通方式：可乘2路、7路公交车到政务服务中心站下车150米即到。

二、申请材料清单

**母婴保健技术服务机构执业许可申请材料目录**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 提交材料名称 | 原件/复印件 | 纸质/电子文件 | 份数 | 新办 | 延续 | 变更 | 备注 |
| 1 | 申请书 | 原件 | 纸质 | 1 | √ | √ | √ |  |
| 2 | 《医疗机构执业许可证》正、副本 | 复印件 | 纸质 | 1 | √ | √ | √ |  |
| 3 | 营业执照或事业单位法人证书 | 复印件 | 纸质 | 1 | √ |  | √ |  |
| 4 | 母婴保健技术服务设置平面图（包括专项技术服务详细布局平面图） | 原件 | 纸质 | 1 | √ |  | √ |  |
| 5 | 母婴保健技术服务各岗位规章制度及母婴保健专项技术服务制定的制度（成立《医学伦理委员会》、《母婴保健管理委员会》、转诊制度、会诊制度、告知制度、档案管理制度、追踪监测（回访）制度等） | 原件 | 纸质 | 1 | √ |  |  |  |
| 6 | 母婴保健专项技术服务各项目医务人员名录（姓名、性别、年龄、学历、职称、科室、从事专业时间、资格证书及执业证书 | 原件 | 纸质 | 1 | √ | √ | √ |  |
| 7 | 《母婴保健技术服务执业许可证》正、副本 | 原件 | 纸质 | 1 |  | √ | √ |  |
| 8 | 《母婴保健技术服务考核合格证书》 | 原件及复印件 | 纸质 | 1 | √ | √ | √ |  |
| 9 | 未按期延续须提交情况说明 | 原件 | 纸质 | 1 |  | √ |  |  |
| 10 | 母婴保健专项技术服务现场审查表 | 原件 | 纸质 | 1 | √ | √ | √ |  |
| 11 | 授权委托书，委托人和被委托人居民身份证或其他有效身份证明 | 原件 | 纸质 | 1 | √ | √ | √ |  |
| 12 | 母婴保健技术服务医疗设备清单 | 原件 | 纸质 | 1 | √ |  |  |  |

注：复印件应选用A4纸张，注明“原件与复印件一致”同时加盖公章。

三、审批时限

法定时限：20个工作日；承诺时限：10个工作日。

四、审批流程

**（一）申请**

**提交方式：**

1、窗口提交：曲靖市马龙区行政审批局三楼社会事务审批科（春晓路35号）。邮编：655199。

2、云南政务服务网（网址：https://zwfw.yn.gov.cn/portal/#/home）。

3、网络提交：时间不限。

**（二）受理**

曲靖市马龙区行政审批局收到申请单位申请后，在5个工作日作出受理决定。

对申请材料符合要求的，准予受理，并向申请单位出具《受理决定书》。对申请材料不符合要求且可以通过补正达到要求的，将当场或者在5个工作日内向申请单位出具《申请材料补正告知书》一次性告知，逾期不告知的，自收到申请材料之日起即为受理。对申请材料不符合要求的，出具《不予受理决定书》。

**（三）审核**

本行政许可事项采用书面审查和现场勘查的方式进行。现场勘查人员不少于2人。

**（四）审批**

予以审批的，颁发《母婴保健技术服务执业许可证》；不予审批的，出具《不予行政许可决定书》。

**（五）送达**

申请单位自行到窗口领取或邮寄、快递。

五、受理范围

曲靖市马龙区行政区域内申请从事母婴保健技术服务的医疗卫生机构。

六、审批条件

**（一）予以审批的条件**

**1、母婴保健技术服务机构执业许可新办（延续）应具备的准予批准条件：**

（1）符合曲靖市马龙区域内母婴保健技术服务卫生规划。

（2）取得《医疗机构执业许可证》并设有妇产科诊疗科目。

（3）符合《母婴保健专项技术服务基本条件》及相关技术规范。

（4）具有开展业务相适应并取得母婴保健专项技术服务资格的临床和实验技术人员。

（5）具有开展业务相适应的技术条件和设备。

**2、母婴保健技术服务机构变更登记的准予批准条件：**

（1）已取得《母婴保健技术服务执业许可证》的单位。

（2)符合母婴保健技术服务机构基本标准及相关技术规范。

（3)符合变更项目的要求。

**（二）不予审批的情形**

**1、母婴保健技术服务机构执业许可新办（延续）不予批准条件：**

（1）不符合医疗保健机构设置规划；

（2）取得《医疗机构执业许可证》，没有取得妇产科诊疗科目；

（3）不符合《母婴保健法专项技术服务基本标准》及相关技术规范；

（4）不具有开展业务相适应取得母婴保健专项技术服务资格的临床和检验技术人员。

**2、母婴保健技术服务机构变更登记的不予批准条件：**

（1）不符合医疗保健机构设置规划。

（2）不符合《母婴保健法专项技术服务基本标准》及相关技术规范。

（3）不具有开展业务相适应取得母婴保健专项技术服务资格的临床和检验技术人员。

（4）不具有开展业务相适应的技术条件和设备。

七、审批依据

《中华人民共和国母婴保健法》第三十二条、三十三条。

《中华人民共和国母婴保健法实施办法》第三十五条。

《母婴保健专项技术服务许可及人员资格管理办法》第二条、第三条。

《云南省母婴保健条例》第二十四条。

《云南省人民政府关于同意曲靖市开展相对集中行政许可权改革的批复》（云政复〔2018〕23号）、《曲靖市人民政府关于同意马龙区开展相对集中行政许可权改革的批复》（曲政复〔2018〕171号）、《中共曲靖市马龙区委办公室曲靖市马龙区人民政府办公室印发<曲靖市马龙区关于开展相对集中行政许可权改革试点工作实施方案>的通知》（马办发〔2018〕100号）及《曲靖市马龙区人民政府办公室关于印发曲靖市马龙区相对集中行政许可事项划转移交工作方案的通知》(马政办发〔2018〕151号)。

八、审批收费：不收费。

九、共同审批与前置审批：无。

十、中介服务：无。

十一、年审年检与指定培训：无。

十二、资质资格：无。

十三、审批服务

**（一）咨询方式**

**1、窗口咨询：**曲靖市马龙区行政审批局三楼社会事务审批科。

**2、电话咨询：**（0874）6032477。

**3、网络咨询：**云南政务服务网（网址：https://zwfw.yn.gov.cn/portal/#/home）

**（二）监督投诉**

曲靖市马龙区行政审批局二楼投诉监督科，电话：（0874)6032488。

地址：曲靖市马龙区通泉街道春晓路35号，邮编：655199。

网址：云南政务服务网（https://zwfw.yn.gov.cn/portal/#/home）

**（三）行政复议或行政诉讼**

利害关系人自知道该具体行政行为之日起六十日内向曲靖市马龙区人民政府申请行政复议；或应当自知道作出行政行为之日起六个月内依法向人民法院提起行政诉讼。

十四、指南获取途径

指南可到“云南政务服务网（网址：[https://zwfw.yn.gov.cn/portal/#/home）”下载或在受理窗口直接领取。](https://zwfw.yn.gov.cn/portal/#/home）\”下载或在受理窗口直接领取。)

母婴保健技术服务机构执业许可流程图

**提出申请**

**作出准予审批决定**

**不予受理**

**申请材料审核**

**符合**

**不符合**

**通知申请人整改**

**整改合格**

**证件获取**

**（在受理窗口领取）**

**整改不合格**

**不予审批**

**现场勘查**

**到期不整改**

**合格**

**不合格**

**公开并推送监管单位**

**告知补正材料**

**需要补正材料的**

**补正符合要求**

**(法定时限20个工作日；承诺时限：10个工作日。)**

附件:

1. 母婴保健技术服务执业许可申请书
2. 母婴保健技术服务执业许可变更申请书
3. 母婴保健技术服务执业许可延续申请书

附件1

母婴保健技术服务执业许可

申请书

申请单位（公章）

填表日期 年 月 日

医疗保健机构简况

|  |  |
| --- | --- |
| 机构名称  | 机构评审批准等级：　级　 等 |
| 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）属关系　（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 |  |  |  |

 |
| 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 |
| 申报项目： □婚前医学检查 □助产 □产前诊断  □遗传病诊断 □终止妊娠 □结扎手术 |
| 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 |
| 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 |
|  |  |  |  |  |  |

母婴保健技术服务仪器设备情况

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | 婚前医学检查设备 | 有（数） | 产前诊断、遗传病诊断设备 | 有（数） |
| 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）其它 |  | （5）自动纯水蒸镏器、负压吸引器 |  |
| 终止妊娠、结扎手术设备 | 有（数） | （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）供备、配血、输血设备 |  | （13）磁力加热搅拌器、酚蒸镏器 |  |
| （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）其它 | 　 |

注：栏目不够请另附页

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 | 女职工职业保健 |  | □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 | 常规检验 |  |
| □03．02 | 女性婚检 |  | □15．02 | 生化检验 |  |
|  |  |  | □15．03 | 内分泌检验 |  |
| □04． | 妇产科 |  | □15．04 | 临床免疫 |  |
| □04．01 | 妇科 |  | □15．05 | 遗传检验：细胞检验 |  |
| □04．02 | 产科 |  |  | 　　　　 分子检验 |  |
| □04．03 | 计划生育 |  | □15．06 | 其它 |  |
| □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 | 其它 |  |
| □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． | 其它 |  |
| □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 | 其它 |  |  |  |  |

开展产前诊断技术服务的医疗保健机构业务用房情况

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 科(诊)室 | 业务用房(间) | 专用、兼用 | 面积(㎡) | 床位(张) | 备　　注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

开展产前诊断技术服务的医疗保健机构基本装备情况

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 科　　室 | 设备名称 | 数量 | 购置日期 | 设备状况 | 备　　注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

开展产前诊断技术服务的医疗保健机构专业技术人员情况

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 科室 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 文化程度 | 职称 | 职务 | 何年何月　医学院校毕业 | 从事专业 | 何年何月　专业培训 |
| 专业 | 年月／年月　 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

核准登记事项

|  |
| --- |
| 登记号（母婴保健技术服务机构）：  |
| 发证日期： 年 月 日 |
| 有效期限： 年 月 日 至 年 月 日 |
| 机构名称：  |
| 法定代表人： |
| 地 址： |
| 所有制形式： |
| 核准专项技术服务许可项目： |

**附件2**

母婴保健技术服务执业许可

变更申请书

申请单位（公章）

填表日期 年 月 日

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（负责人） |  |  |
| 类别 |  |  |
| 服务对象 |  |  |
| 服务方式 |  |  |
| 母婴保健专项技术服务项目 |  |  |
| 床位 |  |  |
| 备注： |

|  |
| --- |
| 核准变更后登记事项 |
| 发证日期： 年 月 日 |
| 有效期限： 年 月 日 至 年 月 日 |
| 机构名称：  |
| 法定代表人： |
| 地 址： |
| 所有制形式： |
| 核准专项技术服务许可项目： |

附件3

母婴保健技术服务执业许可

延续申请书

申请单位（公章）

填表日期 年 月 日

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　　□□□□□□□□□□□□□□□□□□ |
| 机构性质 |
| 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）属关系　（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 |  |
| 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 |
| 开展项目： □婚前医学检查 □助产 □产前诊断  □遗传病诊断 □终止妊娠 □结扎手术 |

　 人员情况

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |
|  |  |  |  |  |  |

母婴保健技术服务仪器设备情况

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | 婚前医学检查设备 | 有（数） | 产前诊断、遗传病诊断设备 | 有（数） |
| 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）其它 |  | （5）自动纯水蒸镏器、负压吸引器 |  |
| 终止妊娠、结扎手术设备 | 有（数） | （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）供备、配血、输血设备 |  | （13）磁力加热搅拌器、酚蒸镏器 |  |
| （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）其它 | 　 |

注：栏目不够请另附页。

核准登记事项

|  |
| --- |
| 登记号（医疗机构）：□□□□□□□□□□□□□□□□□□ |
| 发证日期：有效期： 年 月 日 至 年 月 日 |
| 医疗保健机构类别：  | 名 称： |
| 地 址： | 邮　编：□□□□□□ |
| 法定代表人（主要负责人）： | 所有制形式： |
| 服务对象： |
| 服务方式： |
| 核准专项技术服务许可项目： |