附件

**诊所备案信息表**

备案编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 诊所名称 |  | | | | | | | |
| 诊所地址 |  | | | | | | | |
| 开设单位名称 |  | | | | | | | |
| 开设单位  资质证明 | 资质证明名称 | | |  | | | | |
| 编号 | | |  | | | | |
| 开设人 | 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 |  | | | | | | | |
| 诊疗科目 |  | | | | | | | |
| 服务方式 |  | | | | | | | |
| 开设人签字  （盖章） | 本人承诺所填报的信息和所附材料真实、有效。  开设人签字（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。