

附件 2

中医诊所备案信息表

编号：

诊所名称				
诊所地址				
法人名称 (个人举办不填写此项)				
法人资质证明编号 (个人举办不填写此项)				
法定代表人 (个人举办不填写此项)	姓 名		联系电话	
	身份证号码			
主要负责人	姓 名		联系电话	
	身份证号码			
	医师资格证编码			
	医师执业证编码			
	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	执业证书编码
药学人员 (选填, 可另附页)	姓 名	专 业	执业证书编码 (或其他资质证书编码)	
护理人员 (选填, 可另附页)	姓 名	专 业	执业证书编码	
医技人员 (选填, 可另附页)	姓 名	专 业	执业证书编码 (或其他资质证书编码)	

诊所房屋平面 布局图 (可另附页)	
诊所设备清单 (可另附页)	
所有制形式	国有 <input type="checkbox"/> 集体 <input type="checkbox"/> 股份 <input type="checkbox"/> 私有 <input type="checkbox"/> 其它 <input type="checkbox"/>
经营性质	营利性 <input type="checkbox"/> 非营利性 <input type="checkbox"/>
诊疗范围	诊疗科目
	中医(专长)医师执业范围
中医诊疗技术和方法 (中医微创类技术、 中药注射剂、穴位注 射等存在不可控的医 疗安全隐患和风险的 技术除外)	
备案人签字 (盖章)	本机构(人)承诺所填报的信息和所附材料真实、有效。 备案人(盖章) 签字: 年 月 日
委托办理人签字	签 字: 年 月 日
县级人民政府中医 药主管部门意见	备案机关盖章: 审核人签字: 年 月 日

注: 1、本表格一式三份。一份由申请人(申请机构)留存, 一份由备案的县级人民政府中医药

主管部门存档, 一份由上级人民政府中医药主管部门存档。

2、执业人员按照实际在诊所执业人员填写, 没有的填写无。

3、个人举办的诊所, 涉及法人机构事项不需要填写。