附件2

医疗美容机构评价工作

申报书

申报单位（盖章）：

申报日期： 年 月 日

中国整形美容协会 制

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 |  | | | | | | | | |
| 组织机构代码证 |  | | | | | | | | |
| 地 址 |  | | | | | | 邮政编码 | |  |
| 联系电话 |  | | | | | 传真电话 |  | | |
| 实际开放床位数 | |  | | 机构业务用房建筑面积 | | | | m2 | |
| 机构人数（有四险一金人员） | 人，其中卫生技术人员数 人，管理人员数 人； | | | | | | | | |
| 法定代表人 |  | | 手机号码 | |  | | | | |
| 主要负责人 |  | | 手机号码 | |  | | | | |
| 电子邮箱 | |  | | | | |
| 单位联系电话 | （办）： （手机）： | | | | | | | | |
| 科室设置情况 |  | | | | | | | | |
| 上报材料 | **《医疗机构许可证》复印件，《营业执照》复印件，组织机构代码证复印件，法定代表人身份证复印件，加盖单位公章。** | | | | | | | | |
| **真实性声明：**  本人承诺所提供的资料真实、有效，愿意承担全部法律责任。  医疗机构法定代表人（签字）：  单位公章  年 月 日 | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 省级医疗美容协会初审意见：  负责签字人：  （单位公章）  年 月 日 |

**注：初审重点**

**1.是否正式营业2年以上**

**2.是否通过2014年医疗机构年度检查**

**3.是否于2014年度受到有关政府部门行政处罚或行政处罚未结束**

**4.是否正在被有关政府部门或司法机关立案调查**