附件 1：

**中国整形美容协会 医疗美容机构评价申请表**

# 申报单位（盖章）

**申 报 日 期：**

**中国整形美容协会 制**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一、基本情况 | | | | | | |
| 机构名称 |  | | | | | |
| 机构类别 | 医院□ 门诊部□ 诊所□ | | | | | |
| 地 址 |  | | | | | |
| 医疗机构总建筑面积 | | m2 | | 医疗用房建筑面积 | | m2 |
| 机构人数 | | 人，其中卫生技术人员数 人，其他人员数 人 | | | | |
| 法定代表人姓名 | |  | 手机 | |  | |
| 评价工作负责人 | |  | 电子邮箱 | |  | |
| 联系电话 | | （办）： （手机）： | | | | |
| 科室设置和床位情况 | | | | | | |
| 美容外科□ 美容牙科□ 美容皮肤科□ 美容中医科□美容治疗室□麻醉科□  其他临床科室 | | | | | | |
| 药剂科□ 检验科□ 放射科□ 手术室□ 技工室□ 消毒供应室□病案资料室□  其他医技科室 | | | | | | |
| 住院床位 张；美容治疗床 张；牙科综合治疗椅 张；观察床位 张 | | | | | | |
| 是否依据现有《医疗机构执业许可证》正式运营 2 年以上？ 是□ 否□ | | | | | | |
| 是否通过 2020 年医疗机构年度校验？是□ 否□ | | | | | | |
| 2020 年度是否受到有关行政处罚？是□ 否□ | | | | | | |
| 请提供《营业执照》复印件，《医疗机构许可证》复印件，2020 年医疗机构年度校验合格证明材料，法定代表人身份证复印件，加盖单位公章。 | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **二、医护人员一览表（可附页）** | | | | | | | |
| 姓名 | 性  别 | 身份证号码 | 学历/学位 | 职称 | 专业 | 执业证书编号 | 从事本专  业年限 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 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 |
| 以下由省（市）级评价领导小组（协会）填写 |
| 省（市）级评价领导小组（协会）审核意见： |