

附件 2:

# 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 <input type="checkbox"/> 门诊部 <input type="checkbox"/> 诊所 <input type="checkbox"/>		
地 址			
医疗机构总建筑面积	m <sup>2</sup>	医疗用房建筑面积	m <sup>2</sup>
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 <input type="checkbox"/> 美容牙科 <input type="checkbox"/> 美容皮肤科 <input type="checkbox"/> 美容中医科 <input type="checkbox"/> 美容治疗室 <input type="checkbox"/> 麻醉科 <input type="checkbox"/> 其他临床科室_____			
药剂科 <input type="checkbox"/> 检验科 <input type="checkbox"/> 放射科 <input type="checkbox"/> 手术室 <input type="checkbox"/> 技工室 <input type="checkbox"/> 消毒供应室 <input type="checkbox"/> 病案资料室 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>			
是否通过2018年医疗机构年度校验？ 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>			
2018年度是否受到有关行政处罚？ 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>			
请提供《营业执照》复印件，《医疗机构许可证》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

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：