# **附件1**

深圳市医疗机构执业监管平台接入申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **申请单位** |  | | |
| **性质** | □政府办  □非政府办 | | |
| **申请性质** | □首次执业 □校验与延续 | | |
| **接入业务负责人** |  | **联系电话** |  |
| **经办人** |  | **联系电话** |  |
| **经办人身份证号码** |  | | |
| **通信地址** |  | **邮箱** |  |
| **附件资料**  **（复印件）** | □医疗机构执业许可证（□正本/□副本）  □主体资格证书（□营业执照/□事业单位法人证书/□非事业单位法人证书）  □其他： | | |
| **承诺** | 本单位承诺本次申请所涉及全部上报内容（包括填报内容、填报数据、自动上报数据等）真实、可靠、有效，如有虚假，愿承担有关法律责任。 | | |
| **申请单位意见** | | | |
| 法人（签字）：  （单位印章）  年 月 日 | | | |

备注：区卫生健康行政部门不用填写 “性质”、“申请性质”栏目。