

事项名称	医疗机构设置审批			
事项类型	行政许可			
设定依据	《医疗机构管理条例》（1994年2月26日国务院令第149号）第九条、《国务院关于取消和下放50项行政审批项目等事项的决定》（国发〔2013〕27号）附件1第1项。			
办件类型	承诺件			
受理条件	申请开放500张病床以上（含500张）的综合医院，300张病床（含300张）以上专科医院及三级专科医院、肿瘤医院、精神病医院、专科疾病防治、急救中心、临床检验中心机构、中外合资医疗机构经所在地市级卫生行政部门同意，按照《医疗机构管理条例实施细则》（1994年8月29日卫生部令第35号）、《湖南省实施〈医疗机构管理条例〉若干规定》、《医疗机构基本标准》、《计划生育技术服务管理条例》（国务院令第309号）。1、符合当地区域医疗机构设置规划；2、符合医疗机构基本标准；3、能够独立承担民事责任。			
办理流程	环节顺序	环节名称	办理时限	
	1	受理	1工作日	
	2	初审	10工作日	
	3	审核	3工作日	
	4	审批	3工作日	
	5	公示	3工作日	
结果名称	医疗机构执业许可证			
法定办结时限	20			
承诺办结时限	20			
是否收费	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否			
申请材料	序号	材料名称	材料类型	材料份数
	1	医疗机构设置申请书	原件	1
	2	医疗机构用房产权证明或者使用证明	原件	1
	3	医疗机构建筑设计平面图	原件	1
	4	资产评估报告	原件	1
	5	消防、环保部门意见书	复印件	1
	6	医疗机构规章制度 医疗机构法定代表人或者主要负责人以及各 科室负责人名录和有关资格证书、执业证书复印件	原件和复 印件	1

办理时间	上午9:00-12:00 下午1:30-5:00(工作日)
------	-------------------------------

监督电话	0739-12345（邵阳市政府服务热线）	
办公地点	办 理 地 址	咨询电话
市政务服务中心	邵阳市双清区邵阳大道八一路政务服务中心	0739-5367067
大祥区政务中心	邵阳市大祥区西湖路国土大厦	0739-5396466
双清区政务中心	双清区陶家冲社区大楼一楼	0739-5270736
北塔区政务中心	邵阳市北塔区云山路6号北塔区政务服务中心	0739-5169909
经开区政务中心	邵阳市经开区邵阳大道与财神路交汇处	0739-5286583
邵东市政务中心	邵东市金龙大道655号	0739-2721335
新邵县政务中心	新邵县酿溪镇资码街	0739-3606428
邵阳县政务中心	邵阳县塘渡口镇振羽新区碧水绿苑商住1号楼	0739-6834107
武冈市政务中心	武冈市法相岩街道春光路春光大桥旁工业园办公楼	0739-4225008
城步县政务中心	城步苗族自治县行政中心1栋	0739-7369731
新宁县政务中心	新宁县坤一路和棉塘路交汇处（富丽城西门）	0739-4836992
隆回县政务中心	隆回县桃花坪街道桃洪东路496号	0739-8236111
绥宁县政务中心	绥宁县中心街1号	0739-7601240
洞口县政务中心	洞口县华荣路与梨园路交叉口东100米	0739-7235601

医疗机构设置申请书

被申请机关:

设置单位(人):		地址:	
联系人:		联系方式:	
申 请 核 定 项 目	名 称:		
	类 别:		级 别:
	选 址:		
	所有制形式:		
	经营性质:		
	床位(牙椅):		
	服务对象:		
	诊疗科目:		

	投资总额:
	其他:
提交文件目录:	

设置单位(人):

年 月 日

填写说明: 1. 被申请机关: 填写设置审批机关; 2. 设置单位(人): 填写拟设医疗机构的上级主管单位或出资人; 3. 地址: 填写设置单位(人)的法定地址, 个人填写家庭地址; 4. 类别: 按照《医疗机构管理条例实施细则》第三条填报相应类别; 5. 名称: 填写申请的医疗机构名称; 6. 选址: 拟设医疗机构所在地的详细地址; 7. 所有制形式: 从下列形式中选择相应项目填报: (只能填一个) a、全民b、集体c、私人d、中外合资(合作)e、其他; 8. 经营性质: 填写政府办非营利性、非政府办非营利性、营利性; 9. 床位(牙椅): 填写拟建床位数、牙椅数以及观察床位数; 10. 服务对象: (只能填报一个) a、社会b、内部; 11. 诊疗科目: 完整填写申请的一级、二级科目; 12. 提交文件目录: 按照省级卫生行政部门规定填写。

法定代表人（主要负责人）：

备注

设置所在地市、县
(区)
卫健委
意见

签字： 年 月 日

审查
人员
意见

签字： 年 月 日

主管
领导
意见

签字： 年 月 日

卫健委主要
领导核
批

签字： 年 月 日

资 信 证 明

设置单位(人)	
地 址	
资金总额:	万元。
其 中: 固定资金:	万元; 流动资金: 万元
固定资金来源 构成和数额	
流 动 资 金 来源和数额	
主 管 财 务 单 位 证 明	<p style="text-align: center;">经审查, 情况属实, 同意将固定资金 万元 和流动资金 万元作为该医疗机构的注册 资金(资本)。我单位对上述注册资金(资本)的真实 性承担责任。</p> <p style="text-align: right;">负责人签字: 年 月 日(公章)</p>
财政部门 或其认定 部门意见	<p>审查意见:</p> <p style="text-align: right;">负责人签字: 年 月 日(公章)</p>
附 注	流动资金来源按照会计科目具体项目填写

注: 无上级主管部门的设备单位或者个人, 应当提交银行出具的资信证明。

医疗机构法定代表人任职证明

_____ 卫生健康委员会:

兹证明 _____ 同志具备完全民事行为能力，符合《医疗机构管理条例》及《医疗机构管理条例实施细则》规定的条件，经正式任命（选举、选聘）拟在 _____ 医院担任

_____ 职务，是该医疗机构的法定代表人，按照规定代表医疗机构行使职权。该同志不属（属）党和国家机关、事业单位、社会团体干部或离退休干部兼职。

兼任其他职务情况:

特此证明

人事主管部门(章)

上级主管部门(章)

年 月 日

注：另附法定代表人的任职文件和原任职务的免职文件。

_____**医疗机构法定代表人签字表**

姓 名		职 务	
人事关系 所在单位		电 话	
工作单位 地 址		电 话	
家庭住址		电 话	

签 字		人事关系 所在单位	(章) 年 月 日
-----	--	--------------	--------------

身份证复印件:

本医疗机构印章:

法定代表人印章:

年 月 日