**医疗广告审查申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医 疗 机 构  第 一 名 称 |  | | | 发 证 卫 生  行 政 部 门 | |  |
| 《医疗机构执业  许可证》登记号 |  | | | 法 定 代 表 人  （主要负责人） | |  |
| 身 份 证 号 | |  |
| 校验有效期 | 壹年/叁年（自 年 月 日起，至 年 月 日止） | | | | | |
| 医疗机构地址 |  | | | | | |
| 所有制形式 |  | | | 医疗机构类别 | |  |
| 诊疗科目 |  | | | | | |
| 床 位 数 |  | | | 接诊时间 | |  |
| 联系电话 |  | | | 邮 编 | |  |
| 发布媒体类别 | □影视 □广播 □报纸 □期刊  □户外 □印刷品 □网络  □其他 | | | 广告时长  （影视、广播） | | 影视： 秒  广播： 秒 |
| 提交申请  材料目录 | 1、医疗广告成品样件表 | | | | | |
| 2、《医疗机构执业许可证》副本原件、复印件，复印件应当加盖核发其《医疗机构执业许可证》的卫生行政部门公章 | | | | | |
| 3、其他材料见申办程序提交相关材料 | | | | | |
| 经办人 |  | 联系电话 |  | | 身份证号 |  |

法定代表人签名： 医疗机构（盖章）

年 月 日

（注：填报医疗广告审查申请表时应一并填报医疗广告成品样件表）