**申请受理号**

**医疗广告审查申请表**

申请日期： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医 疗 机 构  第 一 名 称 |  | 发 证 卫 生  行 政 部 门 |  |
| 《诊所备案凭证》编号 |  | 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（区号） |  | 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、声音） | 秒 |
| 提交申请  材料目录 | 1．医疗广告审查申请表（一式一份）； | | |
| 2．医疗广告成品样件表（一式八份）； | | |
| 3．法定代表人承诺书（一式一份）； | | |
| 4．法定代表人身份证复印件（一式一份）。 | | |
| 5.法定代表人授权委托书（非法定代表人亲自办理时提交），受委托人的身份证明复印件（一式一份）。 | | |
| 6．《诊所备案凭证》复印件（一式一份，盖发证部门章）； | | |
| 7.如申请影视、广播需提交光盘（一式三份）； | | |
|  | | |
| 经办人/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）

**申请受理号**

**医疗广告成品样件表**

提交日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构情况 | 第一名称 |  | | | | |
| 地 址 |  | | | | |
| 机构类别 |  | | | 《诊所备案凭证》编号 |  |
| 法定代表人（主要负责人） | | |  | 联系电话（区号） |  |
| 拟发布媒体类别 | | | □影视 □广播 □报纸 □期刊 □户外  □印刷品 □网络 □其它-------------------------- | | | |
| 广告成品样件粘贴处：    （医疗机构盖章） （审查机关盖章） | | | | | | |

**注**：1、电视、广播广告可以先提交镜头脚本和广播文稿（光盘一式三份），初审合格后再提交广告成品样件。2、平面广告提供小样，网络广告提供页面样件。3、医疗广告成品样件需标注广告审查证明文号的位置、形式。4、页面样件申请审查时至少需提交本文书一式八份，广告样件粘贴处加盖骑缝章。5、医疗广告成品样件表原件需与《医疗广告审查证明》一并作为审定凭证

**增项编号：**

**医疗广告审查申请表（增项）**

申请日期： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医 疗 机 构  第 一 名 称 |  | 发 证 卫 生  行 政 部 门 |  |
| 《诊所备案凭证》编号 |  | 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（区号） |  | 邮 编 |  |
| 发布媒体类别（打勾） | □影视 □广播 □报纸 □期刊  □户外 □印刷品 □网络  □其他 | 广告时长  （影视、声音） | 秒 |
| 提交申请  材料目录 | 1．医疗广告审查申请表（一式一份）； | | |
| 2．医疗广告成品样件表（一式八份）； | | |
| 1. 原《医疗广告审查证明》复印件（一式一份、盖医院章）； | | |
| 4．法定代表人承诺书（一式一份）； | | |
| 5．《诊所备案凭证》复印件（一式一份，盖发证部门章）； | | |
| 1. 如申请影视、广播需提交光盘（一式三份）； | | |
| 1. 法定代表人身份证复印件（一式一份）； | | |
| 1. 法定代表人授权委托书（非法定代表人亲自办理时提交），受委托人的身份证明复印件（一式一份）； | | |
| 经办人/电话 | / | 身份证号 |  |

医疗机构法定代表人签名： 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）

**增项编号：**

**医疗广告成品样件表（增项）**

提交日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构情况 | 第一名称 |  | | | | |
| 地 址 |  | | | | |
| 机构类别 |  | | | 《诊所备案凭证》编号 |  |
| 法定代表人（主要负责人） | | |  | 联系电话（区号） |  |
| 拟发布媒体类别（打勾） | | | □影视 □广播 □报纸 □期刊 □户外  □印刷品 □网络 □其它-------------------------- | | | |
| 广告成品样件粘贴处：    （医疗机构盖章） （审查机关盖章） | | | | | | |

**注**：1、电视、广播广告可以先提交镜头脚本和广播文稿（光盘一式三份），初审合格后再提交广告成品样件。2、平面广告提供小样，网络广告提供页面样件。3、医疗广告成品样件需标注广告审查证明文号的位置、形式。4、页面样件申请审查时至少需提交本文书一式八份，广告样件粘贴处加盖骑缝章。5、医疗广告成品样件表原件需与《医疗广告审查证明》一并作为审定凭证。

**医疗机构法定代表人承诺书**

法定代表人保证：

本人向玉溪市卫生健康委员会提供的资料和所附材料均真实、合法、有效，如有不实之处，愿承担由此造成的一切后果。本人遵守医疗广告管理的有关法律、法规，取得“医疗广告审查证明”后严格按核定的广告内容刊播，超出广告核定内容的，本人愿承担相应的法律责任。

医疗机构法定代表人签名：

法定代表人身 份 证 号 ：

医疗机构公章：

年 月 日

**法定代表人授权委托书**

本授权书声明： （单位名称），是中国合法的医疗卫生机构，法定地址 。我 (法人姓名)系 （单位名称）的法定代表人，现授权委托 （姓名）为我单位代理人，以我单位的名义处理的与之有关的一切事务，本人均予以承认。我单位对被授权人的签字负全部责任。

在撤销授权的书面通知以前，本授权一直有效。被授权人签署的所有文件（在授权书有效期内签署的）不因授权的撤销而失效。代理人无转委权。

特此委托！

**单位名称：**（盖章）

**法定代表人：**（盖章签字） **委托代表人：**（盖章签字）

签发日期： 年 月 日

附：代理人简况

姓名： 性别： 年龄：

单位： 部门：

职务：

附：代理人身份证复印件