附件1

阿图什市义诊活动备案表

|  |  |
| --- | --- |
| 义诊名称 |  |
| 义诊目的 |  |
| 义诊时间 |  | 义诊地点 |  |
| 组织单位 |  | 负责人 |  | 联系电话 |  |
| 参加机构 |  | 负责人 |  | 联系电话 |  |
| 医务人员情况 |
| 单位 | 专业 | 人数 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 义诊活动内容：免费提供服务项目及原价格：申报备案时间： 年 月 日 |
| 卫生健康行政部门意见 | 年 月 日 |
| 是否散发张贴医疗广告宣传品 | 提供样品 |

附件2

组织义诊单位责任承诺书

|  |  |
| --- | --- |
| 义诊名称 |  |
| 义诊时间 |  | 义诊地点 |  |
| 组织单位 |  | 负责人 |  | 联系电话 |  |
| 我代表此次义诊活动的组织单位做出如下承诺：在以上预定时间、地点开展所备案的义诊，自觉服从备案卫生健康行政部门的监督和管理。义诊中不从事以推销药品、医疗器械、保健用品及保健食品为目的的商业活动，不误导、欺骗公众，不聘请、雇佣非医务人员提供医疗、预防、保健咨询，不散发未经批准的医疗广告宣传品和刊有广告内容的小报等，不妨碍公共秩序。以上承诺接受社会和卫生健康行政部门监督。如有违反，自愿承担相应法律责任。举报电话：0908-4222205。承诺人（组织单位法定代表人）签名：组织单位公章： 年 月 日 |

附件3

医务人员参加义诊活动同意证明

|  |  |
| --- | --- |
| 义诊名称 |  |
| 义诊目的 |  |
| 义诊时间 |  | 义诊地点 |  |
| 组织单位 |  | 负责人 |  | 联系电话 |  |
| 参加机构 |  | 负责人 |  | 联系电话 |  |
| 医务人员情况 |
| 姓名 | 性别 | 年龄 | 执业资格 | 执业范围 | 技术职称 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 医务人员所在医疗、预防、保健机构意见 | 单位公章：年月日 |

注：此表不够可另附页，附页也需加盖单位公章。

附件4

阿图什市义诊活动备案凭证

|  |  |
| --- | --- |
| 义诊名称 |  |
| 义诊目的 |  |
| 义诊时间 |  | 义诊地点 |  |
| 组织单位 |  | 负责人 |  | 联系电话 |  |
| 参加机构 |  | 负责人 |  | 联系电话 |  |
| 医务人员情况 |
| 单位 | 专业 | 人数 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 义诊活动内容：免费提供服务项目及原价格： |
| 卫生健康行政部门(公章)年月日 |
| 备注 |  |

附件5

阿图什市义诊活动备案整改意见书

|  |  |
| --- | --- |
| 义诊名称 |  |
| 义诊时间 |  | 义诊地点 |  |
| 组织单位 |  | 负责人 |  | 联系电话 |  |
| ：你单位申请举办义诊活动的备案材料收悉。经审查，以下内容不符合《关于进一步加强我市义诊活动管理的通知》的有关要求，限一周内改正后再行上报，逾期此次义诊活动不予批准。需要整改的内容：备案卫生健康行政部门公章： 年 月 日 |