

医疗机构申请注销登记注册书

医疗机构名称（公章）

登 记 号

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

（医疗机构代码）

法定代表人

（主要负责人）

（章）

申 请 日 期

年 月 日

批准文号：

字（ ）第 号

中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会

填 表 说 明

一、填写此表前，请认真阅读有关法律及申报指南与受理规定，未按要求提供申报材料的，将不予以受理。

二、申请书封面“申请单位”加盖公章。

三、申请书填写完毕后连同申报材料一并递交指定的卫生监督机构。

四、凡文字后有者，应当选择与申请内容相符的方框中打“√”。

五、注册书用黑色或蓝色钢笔填写或打印，内容应该完整、准确，字迹工整清楚。申请单位自行下载后打印的，申请表格式应与网上的申请格式完全相同，使用 A4 纸打印，不得自行更改。所提供申请材料复印件一律使用 A4 纸复印。

六、注册书一式二份。其所提交材料一式一份且加盖单位公章，若其所提交材料为复印件应写“与原件相符”且加盖公章。

(一) 主要事项登记

名 称			
地 址		联系电话	
所有制形式			
登 记 号 (医疗机构代码)			
开户银行			
开户银行帐号			
医疗机构申请 注销登记理由	法定代表人(负责人)签字: 年 月 日		
上级主管 部门意见	(章) 年 月 日		

(三) 受理、审查、核准注销登记

受 理 人 员 意 见	签字： 年 月 日
审 查 人 员 意 见	签字： 年 月 日
卫生监督 所负责人 意 见	签字： 年 月 日
主审人 意 见	签字： 年 月 日
主管领 导意见	签字： 年 月 日
主 任 核 批	签字： 年 月 日

(四) 归档和公告情况

文件、证 件、资料 归档情况	档案管理人员签字： _____ 年 月 日
注销医疗 机构公告 刊登情况	
公 章 销 毁 情 况	销毁执行人： _____、 _____ 销毁日期： _____ 年 月 日
备 注	

医疗机构执业人员基本情况表

姓 名	性 别	年 龄	毕业院（校）	毕业专业及时间	职 称	医师资格证号	医师（护士）执业证号	是否注册	执业地点（原工作单位）	执业类别	执业范围	现岗位	备注（与原工作单位关系）

填表说明：1、本表填写范围为医疗机构的医、护、技人员；

2、本表应按科室进行填写，先填医生，再填护士，且按职称高低顺利进行。

填报单位（公章）_____ 负责人_____ 填报人_____ 填报日期：_____年 ___月 ___日