

《母婴保健技术服务执业许可证》办理需提供的相关 材料目录

1. 母婴保健技术服务执业许可证申请表（附表1-1）
2. 母婴保健技术服务执业许可证申请登记书（附表1-2）
3. 医疗保健机构简况（附表1-3）
4. 人员情况（附表1-4）
5. 医疗保健机构开展母婴保健技术服务科室设置情况表（附表1-5）
6. 母婴保健技术服务仪器设备情况（附表1-6）
7. 《医疗机构执业许可证》正、副本复印件。
8. 相关医护人员《母婴保健技术考核合格证》复印件及人员资质材料复印件：（1）《医师资格证书》（2）《医师执业证书》（3）毕业证书

附表 1-1:

母婴保健技术服务执业许可证申请表

被申请机关:

申请单位:	
地 址:	
机构类别:	
所有制形式:	
申 请 技 术 服 务 项 目	婚前医学检查
	结扎手术、终止妊娠手术
	助产技术
	产前诊断
	遗传病诊断
	产前筛查
提交文件目录: (1) 《医疗机构执业许可证》正、副本复印件; (2) 有关医、护师的《母婴保健技术考核合格证书》复印件; (3) 相关医、护师资质证件的复印件	

申请单位: (章)

年 月 日

附表 1-2:

母婴保健技术服务执业许可证申请登记表

申请单位: (章)

法定代表人: (章)

登记号:

□□□□□□□□□□□□□□□□□□

机构性质

申请日期 年 月 日

批准文号 字 () 第 号

中华人民共和国卫生部制

附表 1-2:

填表说明

1. 此表为医疗保健机构向登记机关申请《母婴保健技术服务执业许可证》时专用。
2. 医疗机构代码 按照卫统发（1991）第 6 号文件《卫生单位名称代码及数据库管理办法（暂行）》和补充规定的有关规定填写。
3. 附表 2-2 隶属关系 在后面的括号中填写应选项目的号码，只能填一个。
4. 附表 2-2 所有制形式 在后面的括号中填写应选项目的号码，只能填一个。
5. 附表 2-2 服务对象 填写要求同 4。
6. 附表 2-2 法定代表人 医疗保健机构拥有法人地位者，填写其法定代表人的姓名；医疗保健机构若无法人地位，则填写具有法人地位的主管单位的法定代表人姓名。
7. 附表 2-3 在科室设置情况表的□内用划“√”方式填报。
8. 附表 2-3 医疗保健机构凡在某一级科目下设置二级学科（专业组）的，应填报到所列二级科目；未划分二级学科（专业组）的只填报到一级服务科目；未开展的服务科目不必填报。
9. 附表 2-4 在每项空格中填写相应项目的人数。
10. 附表 2-4 人员情况除检验、护理、医技科室外，只填写取得《母婴保健技术考核合格证书》的医疗保健技术人员。
11. 附表 2-5 设备 医疗保健机构按照《母婴保健专项技术服务基本标准》规定的医疗设备标准，逐项填写。

附表 1-3 医疗保健机构简况

机构名称:		机构评审批准等级: 级 等		
登记号(医疗机构代码) □□□□□□□□□□□□□□□□□□				
所有制形式 (1) 全民 (2) 集体 (3) 私人 (4) 中外合资 (5) 其它 ()				
隶属关系	(1)中央属 (2)省、自治区、直辖市属 (3)直辖市市区、省辖市、地区(盟)属 (4)省辖市区、地辖市属 (5)县(旗)属 (6)街道办事处属 (7)乡(镇)属 (8)村属 (9)其它 ()			
主管单位名称:				
服务对象 (1)社会 (2)内部 (3)境外人员 (4)社会+境外人员 ()				
机构地址:				
电话		传真	邮政编码□□□□□□	
法定代表人	姓名	性别□男□女	姓名	性别□男□女
	出生年月	专业	出生年月	专业
	职务	职称	职务	职称
	最高学历		最高学历	
服务方式 门诊□ 急诊□ 住院□ 家庭病床□ 出诊□ 其他□				
床位数				
备注				

附表 1-4 人员情况

职工总数		其中卫生技术人员数			行政后勤人员数	
妇 幼 保健科	主任医师	副主任医师	主治医师	医师	医士	
儿 童 保健科	主任医师	副主任医师	主治医师	医师	医士	
婚 检 专 科	主任医师	副主任医师	主治医师	医 师	医 士	
	女 男	女 男	女 男	女 男	女 男	
妇产科	主任医师	副主任医师	主治医师	医师	医士	助产士
儿 科	主任医师	副主任医师	主治医师	医师	医士	
遗 传 科 室	主任医师	副主任医师	主治医师	医师	医士	
泌 尿 专 科	主任医师	副主任医师	主治医师	医师	医士	
检验科	主任检验师	副主任检验师	主管检验师	检验师	检验员	
医 技 科 室	主任技师	副主任技师	主管技师	技师	技术员	
护 理 专 业	主任护师	副主任护师	主管护师	护师	护士	护理员

附表 1-5 医疗保健机构开展母婴保健技术服务科室设置情况表 请在□中划“√”

代码	诊疗科目	备注	代码	诊疗科目	备注
<input type="checkbox"/> 01.	妇女保健科		<input type="checkbox"/> 06.	内科	
<input type="checkbox"/> 01. 01	青春期保健				
<input type="checkbox"/> 01. 02	围产期保健		<input type="checkbox"/> 07.	外科	
<input type="checkbox"/> 01. 03	更年期保健				
<input type="checkbox"/> 01. 04	妇女心理行为		<input type="checkbox"/> 08.	眼科	
<input type="checkbox"/> 01. 05	妇女营养				
<input type="checkbox"/> 01. 06	女职工职业保健		<input type="checkbox"/> 09.	耳鼻咽喉科	
<input type="checkbox"/> 01. 07	其他				
			<input type="checkbox"/> 10.	口腔科	
<input type="checkbox"/> 02.	儿童保健科				
<input type="checkbox"/> 02. 01	集体儿童保健		<input type="checkbox"/> 11.	皮肤科	
<input type="checkbox"/> 02. 02	儿童生长发育				
<input type="checkbox"/> 02. 03	儿童营养		<input type="checkbox"/> 12.	精神科	
<input type="checkbox"/> 02. 04	儿童心理行为				
<input type="checkbox"/> 02. 05	儿童五官保健		<input type="checkbox"/> 13.	传染科	
<input type="checkbox"/> 02. 06	儿童康复				
<input type="checkbox"/> 02. 07	其他		<input type="checkbox"/> 14.	麻醉科（手术室）	
<input type="checkbox"/> 03.	婚检专科		<input type="checkbox"/> 15.	医学检验科	
<input type="checkbox"/> 03. 01	男性婚检		<input type="checkbox"/> 15. 01	常规检验	
<input type="checkbox"/> 03. 02	女性婚检		<input type="checkbox"/> 15. 02	生化检验	
			<input type="checkbox"/> 15. 03	内分泌检验	
<input type="checkbox"/> 04.	妇产科		<input type="checkbox"/> 15. 04	临床免疫	
<input type="checkbox"/> 04. 01	妇科		<input type="checkbox"/> 15. 05	遗传检验：细胞检验	
<input type="checkbox"/> 04. 02	产科			分子检验	
<input type="checkbox"/> 04. 03	计划生育		<input type="checkbox"/> 15. 06	其它	
<input type="checkbox"/> 04. 04	内分泌				
<input type="checkbox"/> 04. 05	生殖健康		<input type="checkbox"/> 16.	病理科	
<input type="checkbox"/> 04. 06	其他				
			<input type="checkbox"/> 17.	医学影像科	
<input type="checkbox"/> 05.	儿科		<input type="checkbox"/> 17. 01	X线诊断专业	
<input type="checkbox"/> 05. 01	新生儿急救		<input type="checkbox"/> 17. 02	超声诊断专业	
<input type="checkbox"/> 05. 02	小儿传染病		<input type="checkbox"/> 17. 03	心电诊断专业	
<input type="checkbox"/> 05. 03	小儿消化		<input type="checkbox"/> 17. 04	脑电及脑血流图诊断专业	
<input type="checkbox"/> 05. 04	小儿呼吸		<input type="checkbox"/> 17. 05	神经肌肉电图专业	
<input type="checkbox"/> 05. 05	小儿心脏病		<input type="checkbox"/> 17. 06	其它	
<input type="checkbox"/> 05. 06	小儿肾病				

代码	诊疗科目	备注	代码	诊疗科目	备注
<input type="checkbox"/> 05. 07	小儿血液病		<input type="checkbox"/> 18.	中医科	
<input type="checkbox"/> 05. 08	小儿神经病学				
<input type="checkbox"/> 05. 09	小儿内分泌		<input type="checkbox"/> 19.	其它	
<input type="checkbox"/> 05. 10	小儿遗传病				
<input type="checkbox"/> 05. 11	小儿免疫				
<input type="checkbox"/> 05. 12	小儿营养不良性疾病防治				

附表 1-6

母婴保健技术服务仪器设备情况

婚前医学检查设备		有(数)	产前诊断、遗传病诊断设备	有(数)
设 备 项 目 名 称	(1)妇科检查台、检查床		(1)B 型超声诊断仪	
	(2)男、女婚检常规器械		(2)普通双目、三筒研究显微镜	
	(3)听诊器、血压、体重计		(3)隔水式培养箱、恒温干燥箱	
	(4)化验和 X 光机辅助设备		(4)普通电冰箱、普通离心机	
	(5)其它		(5)自动纯水蒸馏器、负压吸引器	
	终止妊娠、结扎手术设备	有(数)	(6)超净工作台	
	(1)手术床、器械台、柜		(7)大容量普通、台式高速离心机	
	(2)负压吸引器、冲洗设备		(8)低温电冰箱、恒温水浴箱	
	(3)照明灯、紫外线消毒灯		(9)低压、高压电泳仪	
	(4)常用消毒药品或制剂		(10)恒温水浴摇床、恒温震荡器	
	(5)必备抢救设施及物品		(11)普通天平、分析天平	
	(6)手术包		(12)PCR 热循环仪、液体混合器	
	(7)供血、配血、输血设备		(13)磁力加热搅拌器、酚蒸馏器	
	(8)供氧、抢救监护设备		(14)三用紫外分析仪	
	(9)消毒设施(高压灭菌锅)		(15)紫外分光、荧光分光光度计	
	(10)有关检验等辅助设施		(16)酶标仪、同位素检测仪	
	(11)转送危、重病人设备		(17)其它	

注：栏目不够请另附页。

附件 1-7 提交文件、证件和上级主管部门意见

<p>申请母婴保健技术服务执业许可登记提交的文件、证件名称</p>	<ol style="list-style-type: none">1.《医疗机构执业许可证》正、副本复印件。2.相关医护人员《母婴保健技术考核合格证》复印件3.母婴保健技术服务执业许可证申请表。4.母婴保健技术服务执业许可证申请登记书。
<p>上级主管部门签署意见</p>	<p>年 月 日 (章)</p>

附件 1-8 审查、主管领导意见、主要领导核批

审查 人员 意见	<p style="text-align: right;">签字： 年 月 日</p>
主管领导 意见	<p style="text-align: right;">签字： 年 月 日</p>
主要领导 核批	<p style="text-align: right;">签字： 年 月 日</p>

附件 1-9 核准登记事项

登记号(医疗机构):	
医疗保健机构类别:	名称:
地址:	邮编:
法定代表人(主要负责人):	所有制形式:
服务对象:	
服务方式:	
申请技术服务项目:	
核准技术服务许可项目:	

附件 1-10

核发《母婴保健技术服务执业许可证》及归档、公告情况

批准文号		核准日期	
领导人签字		领证日期	
发证人签字		发证日期	
登记文件、证件、资料归档情况			
医疗保健机构开展母婴保健技术服务登记、公告、刊登情况记录	记录人签字： 年 月 日		
备注			

附件 1-11.

母婴保健技术服务执业许可证申请回执

_____:

年 月 日报我科《母婴保健技术服务执业许可证申请》收到。请于 日内做好接受考核准备，定于 月 日上午、下午前去你院（所、站）实地考察。

申请技术服务项目：

- 1、助产技术
- 2、结扎手术、终止妊娠手术

考核项目如下：

- 1、助产技术
- 2、结扎手术、终止妊娠手术

此复

****卫生健康委员会章

年 月 日

附件 1-12.

母婴保健技术服务执业许可证批准书

批准文号： 字（ ）第 号

_____:

经核准同意开展下列技术服务项目：

- 1、
- 2、
- 3、

本批准书有效期自 年 月 日起，
至 年 月 日止。

批准机关： (章)

年 月 日

附件 1-13.

《母婴保健技术服务执业许可证》签收单（存根）

编号：

_____ 申请母婴保健专项技术服务执业许可证，经审核同意发证，发证日期为 年 月 日。

领证人：

经办人：

发证单位：_____（公章）
年 月 日

《母婴保健技术服务执业许可证》签收单

编号：

_____ 申请母婴保健专项技术服务执业许可证，经审核同意发证，发证日期为 年 月 日。

领证人：

经办人：

发证单位：_____（公章）

年 月 日