附件

西双版纳州义诊活动备案表

|  |  |
| --- | --- |
| 义诊活动名称： |   |
| 义诊组织单位（盖章）： |   |
| 申请备案日期： |   |

西双版纳州卫生局制

**表1 义诊活动开展情况表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 组织单位 |  | 法人代表 |  |
| 单位地址 |  | 单位性质 | □社团□企业□事业 |
| 协办单位 |  | 法人代表 |  |
| 单位地址 |  | 单位性质 | □社团□企业□事业 |
| 义诊活动联系人 |  | 工作电话 |  | 移动电话 |  |
| 义诊地点 |  |
| 义诊时间 | 20 年 月 日 时 | 至 | 20 年 月 日 时 |
| 义诊科目 |  |
| 参加义诊医务人员数 |  |
| 义诊宣传形式及内容 |  |
| 参加的医疗、预防、保健机构及派出医务人员数 | 机构名称 | 登记机关 | 登记号或设置批准号 | 派出医务人员数 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

表2 参加义诊的医务人员情况及机构证明

|  |
| --- |
|  我单位同意下列共 名医务人员参加由 （单位）拟于20 年 月 日 时至20 年 月 日在  （地点组织的） （义诊名称）义诊活动，在义诊时佩戴本单位统一印制的胸卡，并保证以下资料属实。 单位名称（盖章）： 日期：20 年 月 日 |
| 姓名 | 性别 | 年龄 | 技术职称 | 专业领域 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

表3 责任承诺书

|  |
| --- |
| 在开展本次备案义诊活动中，我承诺：1.严格按照上述备案项目内容开展义诊活动；2.义诊中不从事商业活动，不在义诊活动中推销药品、医疗器械、保健品等，不非法作医疗、药品、医疗器械、保健品等广告或从事其他商业活动；3.不弄虚作假， 不误导、欺骗公众；4.不聘请、雇佣非医务人员提供医疗、预防、保健咨询；5.不从事封建迷信活动；6.医务人员参加义诊需经所在医疗、预防、保健机构批准，并在义诊时佩带所在机构统一印制的胸卡；7.不妨碍公共秩序,在城镇公共场所开展义诊须提供城管等部门的同意书；8.自觉接受卫生行政部门的监督管理以及对违规行为的查处。承诺人（组织单位法人代表）：日期：20 年 月 日 |

表4 需提交的文件目录

1. 组织单位的登记注册书（复印件）；
2. 组织单位法人代表证明材料;
3. 参加义诊的医疗、预防、保健机构的《医疗机构执业许可证》（复印件）或卫生行政部门批准设置的有效证明（复印件）；
4. 参加义诊义务人员《医师执业证书》（复印件）或《注册护士证》（复印件）或其他证明材料；
5. 在城镇公共场所开展义诊活动须提供城管等部门的同意书；
6. 现场拟张挂的横幅内容（文字稿），宣传材料（文字稿）及拟派发的资料样本一套；
7. 有协办单位的义诊活动须提供组织者与协办单位协议书一份。

附件2

西双版纳州义诊活动审批表

|  |  |
| --- | --- |
| 申请义诊单位： |  |
| 义诊时间： | 20 年 月 日 时 | 至 | 20 年 月 日 时 |
| 义诊地点： |  |
| 义诊宣传形式及内容： |
| 卫生行政部门审批意见： 西双版纳州卫生局 （盖 章） 年 月 日 |