附件4《办事指南》

**办事指南**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事项名称 | | | 放射源诊疗技术和医用辐射机构许可 | 事项编码 | | 基本编码 | |  | |
| 实施编码 | |  | |
| 事项类型 | | | 行政许可 | 服务对象 | | □自然人 □法人 | | | |
| √自然人或法人 | | | |
| 办理机构 | | | 富民县卫生和计划生育局 | 服务层级 | | □市级 √县（区）级 | | | |
| □镇（街）级 □村（社）级 | | | |
| 受理条件 | | | 放射防护、安全与放射诊疗质量符合有关规定、标准和规范的要求: （一）具有经核准登记的医学影像科诊疗科目；（二）具有符合国家相关标准和规定的放射诊疗场所和配套设施；（三）具有质量控制与安全防护专（兼）职管理人员和管理制度，并配备必要的防护用品和监测仪器；（四）产生放射性废气、废液、固体废物的，具有确保放射性废气、废液、固体废物达标排放的处理能力或者可行的处理方案；（五）具有放射事件应急处理预案；（六）开展X射线影像诊断工作的，应当具有专业的放射影像医师；（七）开展X射线影像诊断工作的，有医用诊断X射线机或CT机等设备。X射线影像诊断工作场所应当配备工作人员防护用品和受检者个人防护用品；（八）装有放射性同位素和放射性废物的设备、容器，设有电离辐射标志；（九）放射性同位素和放射性废物储存场所，设有电离辐射警告标志及必要的文字说明；（十）放射诊疗工作场所的入口处，设有电离辐射警告标志；（十一）放射诊疗工作场所应当按照有关标准的要求分为控制区、监督区，在控制区进出口及其他适当位置，设有电离辐射警告标志和工作指示灯。 | | | | | | |
| 设定依据 | | | 《放射性同位素与射线装置安全和防护条例》（2005年9月14日国务院令第449号，2014年7月29日予以修改） | | | | | | |
| 审批条件 | | | 符合受理条件并经过现场堪验合格的予以受理。 | | | | | | |
| 审批数量 | | | 无数量限制，符合条件即予办理。 | | | | | | |
| 申请材料 | | | | | | | | | |
| 序号 | 材料名称 | | | 材料说明（要求） | | 收件类型 | 收件份数 | | 备注 |
| 1 | 放射诊疗许可申请书 | | | 窗口领取并照统一格式填写 | | 文本原件 | 1份 | |  |
| 2 | 《医疗机构执业许可证》或《设置医疗机构批准书》 | | | 验原件 | | 复印件 | 1份 | |  |
| 3 | 大型医用设备配置许可证明文件 | | | 验原件 | | 复印件 | 1份 | |  |
| 4 | 放射防护专（兼）职管理机构和人员名单 | | | 验原件 | | 复印件 | 1份 | |  |
| 5 | 放射防护规章制度 | | | 验原件 | | 复印件 | 1份 | |  |
| 6 | 放射诊疗质量保证方案 | | | 验原件 | | 复印件 | 1份 | |  |
| 7 | 放射治疗和核医学放射事故应急预案 | | | 验原件 | | 复印件 | 1份 | |  |
| 8 | 放射诊疗设备、放射防护与质量控制设备清单 | | | 验原件 | | 复印件 | 1份 | |  |
| 9 | 放射诊疗工作人员一览表及其任职资格证书 | | | 验原件 | | 复印件 | 1份 | |  |
| 10 | 《放射工作人员证》 | | | 验原件 | | 复印件 | 1份 | |  |
| 11 | 放射工作人员职业健康检查报告 | | | 验原件 | | 复印件 | 1份 | |  |
| 12 | 放射诊疗建设项目竣工验收合格证明文件 | | | 验原件 | | 复印件 | 1份 | |  |
| … |  | | |  | |  |  | |  |
|  |  | | |  | |  |  | |  |
|  |  | | |  | |  |  | |  |
|  |  | | |  | |  |  | |  |
|  |  | | |  | |  |  | |  |
|  |  | | |  | |  |  | |  |
|  |  | | |  | |  |  | |  |
| 办理流程 | | 申请→受理→现场审查→审批→发证 | | | | | | | |
| 收费标准和收费依据 | | 不收费 | | | | | | | |
| 审批时限 | | 10个工作日 | | | 申请接收 | | 富民县政务局卫计窗口 | | |
| 结果物名称 | | 放射诊疗许可证 | | | 结果物有效期 | | 4年 | | |
| 咨询查询 | | 68818221 | | | 投诉渠道 | | 68818322 | | |
| 材料空表 | | 1《放射诊疗许可证申请书》2《放射诊疗许可证变更申请书》3《放射诊疗许可证补办申请书》4《放射诊疗许可证核证申请表》5《放射诊疗许可证注销申请表》6《代办授权委托书》 另附 | | | | | | | |
| 材料样张 | | 1《行政许可申请材料接收凭证》2《申请材料补正通知书》3《行政许可申请受理通知书》4《行政许可申请不予受理决定书》5《行政许可技术审查延期通知书》6《行政许可决定延期通知书》7《不予行政许可决定书》8《不予变更/延续行政许可决定书》另附 | | | | | | | |
| 结果样本 | | 1《行政许可决定书》2《送达回执》 另附 | | | | | | | |
| 特别说明 | |  | | | | | | | |

**材料空表附件一：《**放射诊疗许可证申请书**》**

申请号：



申请日期：

**放射诊疗许可申请书**

申请单位（公章）

填表日期 年 月 日

**云南省卫计委制**

**填 写 说 明**

1. 本申请书用于放射诊疗许可新办申请；
2. 本申请书可从《云南卫生监督信息网》上下载使用；

网址：http：//www.ynwsjd.cn/

1. 填写本申请书前，请认真阅读有关法规及申报指南与受理规定，未按要求提供申报材料的，将不予受理；
2. 申请单位基本情况及申请许可内容由申请单位填写；
3. 本申请书封面“申请单位”处须加盖单位公章，无公章应附情况说明；
4. 本申请书“法定代表人或负责人” 栏法人代表是指法定代表人姓名；非法人的单位，则填写主要负责人的姓名；
5. 射线装置的“主要参数”是指X射线机的电流（mA）和电压（kV）、加速器线束能量等的主要性能参数；
6. 非密封型放射性同位素工作场所级别按照有关标准确定，工作场所级别后括号内填写该级别工作场所个数；
7. “最大等效年操作量”、“最大等效日操作量”应当按照有关标准

计算得出；

1. 对于籽粒插植治疗，在密封型放射源同位素一栏中填写年最大使用量；
2. 申请书一式一份,下载时双面打印。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请单位 | |  | | | | |
| 单位地址 | |  | | | | |
| 法人代表或  负责人 | |  | | 邮 编 |  | |
| 联 系人 | |  | 电 话 |  | 传 真 |  |
| 机构总人数 | | |  | 放射工作人员数 | |  |
| 申请许可项目 | X射线影像诊断 □  1、X射线CT影像诊断 □ 2、乳腺X射线影像诊断 □  3、CR影像诊断 □ 4、普通X射线机影像诊断 □  5、DR影像诊断 □ 6、牙科X射线影像诊断 □  7、其他X射线影像诊断 □  介入放射学 □  1、DSA介入放射诊疗 □ 2、其他影像设备介入放射诊疗 □  核医学□  1、PET影像诊断 □ 2、γ骨密度测量□  3、CT- PET影像诊断 □ 4、籽粒插植治疗 □  5、SPECT影像诊断 □ 6、放射性药物治疗 □  7、γ相机影像诊断 □ 8、其它核医学诊疗项目□  放射治疗 □  1、立体定向（X刀）治疗 □ 2、钻--60机治疗 □  3、立体定向 (Y刀)治疗□ 4、后装治疗 □  5、医用加速器治疗 □ 6、深部X射线机治疗 □  7、质子治疗 □ 8、敷贴治疗 □  9、中子治疗□ 10、重离子治疗□  11、其他放射治疗项目 □ | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 设置放射诊疗的科室 | 科室名称 |  | 科室人员数 |  | 放射工作  人员数 |  |
| 科室名称 |  | 科室人员数 |  | 放射工作  人员数 |  |
| 科室名称 |  | 科室人员数 |  | 放射工作  人员数 |  |
| 科室名称 |  | 科室人员数 |  | 放射工作  人员数 |  |
| 科室名称 |  | 科室人员数 |  | 放射工作  人员数 |  |
| 科室名称 |  | 科室人员数 |  | 放射工作  人员数 |  |
| **保 证 书**  申请单位保证：本申请书中所申报的内容和所附资料均真实、合法。  如有不实之处，我单位愿负相应法律责任，并承担由此造成的一切后果。  法定代表人（负责人）签名： 申请单位 （公 章）  年 月 日 年 月 日 | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 申  请  需  提  供  资  料  清  单 | 请在已提供资料的□内打“√”  □ 1、放射诊疗许可申请书 ；  □ 2、《医疗机构执业许可证》或《设置医疗机构批准书》（复印件）；  □ 3、大型医用设备配置许可证明文件(复印件）；  □ 4、放射防护专（兼）职管理机构和人员名单；  □ 5、放射防护规章制度；  □ 6、放射诊疗质量保证方案；  □ 7、放射诊疗事故应急预案；  □ 8、放射诊疗设备、放射防护与质量控制设备清单 ；  □ 9、放射诊疗工作人员一览表及其任职资格证书（复印件）；  □ 10、《放射工作人员证》（复印件）；  □ 11、放射工作人员职业健康检查报告；  □ 12、放射诊疗建设项目竣工验收合格证明文件；  □ 13、卫生行政部门要求提供的其它材料。  以上材料（申请书除外）每页均应加盖申请单位公章。 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 射 线 装 置 | 装置名称 | | 型号 | | 生产  厂家 | | | 设备  编号 | | | 主要  参数 | | | 所在场所 | |
|  | |  | |  | | |  | | |  | | |  | |
|  | |  | |  | | |  | | |  | | |  | |
|  | |  | |  | | |  | | |  | | |  | |
|  | |  | |  | | |  | | |  | | |  | |
|  | |  | |  | | |  | | |  | | |  | |
|  | |  | |  | | |  | | |  | | |  | |
|  | |  | |  | | |  | | |  | | |  | |
|  | |  | |  | | |  | | |  | | |  | |
|  | |  | |  | | |  | | |  | | |  | |
| 非密封型放射性同位素 | 核素名称 | | 用途 | | 物理  状态 | | | 最大年操作量(Bq) | | | 最大日操作量(Bq) | | | 操作场所 | |
|  | |  | |  | | |  | | |  | | |  | |
|  | |  | |  | | |  | | |  | | |  | |
|  | |  | |  | | |  | | |  | | |  | |
|  | |  | |  | | |  | | |  | | |  | |
|  | |  | |  | | |  | | |  | | |  | |
| 工作场所级别（个数） | | 甲级 □（ ） | | | 乙级 □ ( ) | | | | | | 丙级 □ ( ) | | | |
| 密封型放射性同位素 | 核素名称 | | 活度(Bq) | 活度测量日期 | | | | | 生产厂家 | | | | 所在场所 | | |
|  | |  |  | | | | |  | | | |  | | |
|  | |  |  | | | | |  | | | |  | | |
|  | |  |  | | | | |  | | | |  | | |
|  | |  |  | | | | |  | | | |  | | |
| 含密封源装置 | 编号 | 装置名称 | 型号 | 生产  厂家 | | | 放射源 | | | | | | | | 所在 场所 |
| 核素名称 | | | 活度(Bq) | | 活度测量日期 | | |
|  |  |  |  | | |  | | |  | |  | | |  |
|  |  |  |  | | |  | | |  | |  | | |  |
|  |  |  |  | | |  | | |  | |  | | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **拟 批 准 的 许 可 项 目**  单位名称：  法定代表人或负责人：  单位地址：  许可项目或范围： | | |
| 卫  生  监  督  局  审查  意  见 | 卫生监督员意见：    签名：    年 月 日 | |
| 处室负责人意见：    签名：  年 月 日 | 局领导意见：    签名(公章)：  年 月 日 |
| 卫生厅审批意见 | 卫生厅主管处室审核意见：  签名：  年 月 日 | 处室负责人意见：    签名：  年 月 日 |
| 厅领导审批意见：  签名 (公 章) ：  年 月 日 | |
| 发  证  日  期  及  编  号 | 许可证编号：云卫放证字（ ）第 号  发证日期： 年 月 日 | |

**材料空表附件二：《**放射诊疗许可证变更申请书**》**

申请号：



申请日期：

**放射诊疗许可变更申请表**

申 请 项 目：

申请单位（公章）：

填 表 日 期：

**云南省卫计委制**

填 表 说 明

1、填写此表前，请认真阅读有关法规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。

2、申请表填写完毕后连同申报材料一并递卫生局受理

3、填写申请表时请用黑色或蓝色钢笔填写或打印，书写工整、清楚，文字要完整、简练，不得涂改，空格处以“无”字填写。申请单位下载后打印的申请表格式应与网上的申请表格式完全相同，使用A4纸打印，不要自行更改。所提供申报材料复印件一律使用A4纸复印。

4、申请单位应当在申请表封面加盖公章。

5、申请书一式一份。

6、申请单位基本情况及申请许可内容由申请单位填写。

7、表中“负责人”，法人单位是指法定代表人姓名；非法人的单位，则填写主要负责人的姓名。

8、放射工作人员数是科室的放射工作人数。

9、凡文字后有□者，应当选择与申请相符的方框中打“√”。

10、射线装置的“主要参数”是指X射线机的电流（mA）和电压（kV）、加速器线束能量等的主要性能参数。

11、新增放射诊疗设备提供材料：①放射诊疗许可申请表（原件1份）；②申请报告（原件1份）；③放射诊疗许可证（原件1份）；④新增放射诊疗建设项目竣工验收合格证明文件（复印件1份）；⑤新增放射诊疗项目相关专业技术人员的任职资格证书（复印件1份）；⑥新增放射诊疗设备清单。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 | | |  | | | | | | | | 负责人 |  |
| 地 址 | | |  | | | | | | | | 邮编 |  |
| 机构联系人 | | |  | | 电话 | |  | | | | 传真 |  |
| 机构总人员数 | | |  | | | 放射工作人员数 | | | | |  | |
| 许可证编号 | | | 富卫放证字[]第号 | | | | | 发证日期 | | | 年月日 | |
| 申请变更事项 | | | 单位名称□ 法定代表人□ 单位地址更名□  变更放射诊疗设备□ 新增放射诊疗设备□ | | | | | | | | | |
| 申请许可变更项目 |  | | | 原登记项目 | | | | | | 申请变更项目 | | |
| 单位名称 | | |  | | | | | |  | | |
| 法定代表人 | | |  | | | | | |  | | |
| 单位地址更名 | | |  | | | | | |  | | |
| X射线影像诊断□  X射线CT影像诊断□  CR、DR影像诊断□  牙科X射线影像诊断□  乳腺X射线影像诊断□  普通X射线机影像诊断□  其它X射线影像诊断□ | | | | | | | | | | | |
| 射  线  装  置 |  | 原登记项目 | | | | | | | 申请变更（新增）项目 | | | |
| 装置名称 |  | | | | | | |  | | | |
| 型 号 |  | | | | | | |  | | | |
| 生产厂家 |  | | | | | | |  | | | |
| 设备编号 |  | | | | | | |  | | | |
| 主要参数 |  | | | | | | |  | | | |
| 所在场所 |  | | | | | | |  | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 申  请  需  提  供  资  料  清  单 | 请在已提供资料的□内打“√”  □ 1、放射诊疗许可变更申请书 ；  □ 2、《医疗机构执业许可证》或《设置医疗机构批准书》（复印件）；  □ 3、法人（负责人）身份证及任职资格文件(复印件）；  □ 4、放射诊疗许可证和放射诊疗许可证副本(原件）； |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 提  交  资  料 | |  | | |
| 承  诺  书 | | 我（单位）承诺本申请书中所申报的内容和所附资料均真实、合法。如有不实之处，我（单位）愿负相应法律责任，并承担由此造成的一切后果。  申请单位（公章）  法定代表人（负责人）签字： 年 月 日 | | |
| 发证机关  审核意见 | 受理  情况 | 受 理 日 期 | 年 月 日 | 发证机关审定意见：  审定人：  年 月 日  发证机关（章） |
| 不予受理日期 | 年 月 日 |
| 受理经办人 |  |
| 审  核  情  况 | 审核日期： 年 月 日 | |
| 审核意见： | |
| 核发登记日期：  年 月 日  经办人： |
| 审核人员签名：    年 月 日 | |

**材料空表附件三：《**放射诊疗许可证补办申请书**》**

申请号



申请日期

**放射诊疗许可证件补办申请书**

申请单位（公章）

填表日期

**云南省卫计委制**

**填 写 说 明**

1、本申请书用于各类卫生许可证件遗失等的补办；

2、本申请书可从《云南卫生监督信息网》上下载使用；

网址：http：//www.ynwsjd.cn/

3、填写申请书前，请认真阅读有关法规、申报指南与受理规定，未按要求提供申报材料的，将不予受理；

4、申请书封面“申请单位”处须加盖单位公章；

5、填写申请书须用钢笔、碳素笔或电脑打印，要求书写工整、清楚，文字要完整、简练，不得涂改，空格处以“无”字填写；

6、申请书封面“申请类别”指公共场所卫生、消毒产品卫生、涉及饮用水卫生安全的产品卫生、放射卫生、医疗卫生、职业卫生等；

7、申请书一式一份，下载时双面打印。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请单位 | |  | | | | |
| 申请补办证件名称 | | |  | | | |
| 申请补办证件原证号 | | |  | | | |
| 补办理由 | | |  | | | |
| 申请单位地址 | |  | | | 负责人 |  |
| 经办人 | |  | | | 电 话 |  |
| 申请需附资料（提供资料请在□打✓）   * 1、放射诊疗许可证件补办申请书； * 2、需补办证件复印件（没有可不提供）； * 3、《医疗机构执业许可证》或《设置医疗机构批准书》（复印件）； * 4、全省发行的报刊上刊登的证件遗失启示； * 5、卫生行政部门要求提供的其它资料。   以上材料（申请书除外）每页均应加盖申请单位公章。 | | | | | | |
| **保 证 书**  申请单位保证:本申请书中所申报的内容和所附资料均真实、合法。如有不实之处，我单位愿负相应法律责任，并承担由此造成的一切后果。  法定代表人（负责人）签名： 申请单位（公 章）  年 月 日 年 月 日 | | | | | | |
| 卫  生  监  督  局  审查  意  见 | | 卫生监督员意见：    签名：    年 月 日 | | | 处室负责人意见：    签名：  年 月 日 | | | |
| 稽查处意见：    签名：  年 月 日 | | | 局领导意见：    签名(公章)：  年 月 日 | | | |
| 卫生厅审批意见 | | 卫生厅主管处室审核意见：  签名：  年 月 日 | | | 处室负责人意见：    年 月 日 | | | |
| 厅领导审批意见：  签名 (公 章) ：    年 月 日 | | | | | | |
| 发  证  日  期  及  编  号 | | 证书编号：  补办日期： 年 月 日  有效期限： 年 月 日至 年 月 日 | | | | | | |

**富民县放射诊疗许可证核证申请表**

**年检（ ） 延续（ ）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请单位（盖 章） |  | | | | | 许可  证号 |  | |
| 经济性质 |  | | 法人代表人或业主 | | |  | | |
| 地 址 |  | | | | | | | |
| 联 系 人 |  | | | 联系电话 | |  | | |
| 职业体检人数 | |  | | 个人剂量监测终止日期 | | | |  |
| 放射防护监测报告日期及编号 | | | | 年 月 日 编号： | | | | |
| 资料  审查 | 合格（ ），不合格（ ）  审查人： 日期： 年 月 日 | | | | | | | |
| 现场  审查 | 合格（ ），不合格（ ）  审查人： 日期： 年 月 日 | | | | | | | |
| 科室意见 |  | | | | | | | |
| 局领导意见 | 日期： 年 月 日 | | | | 许可单位（盖章）  年 月 日 | | | |

注：表格黑框以上的内容由申请单位填写。

**材料空表附件五：**《放射诊疗许可证注销申请表》

**富民县放射诊疗许可证注销申请书**

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称： | |
| 放射诊疗许可证号: | |
| 地址： | 法定代表人/负责人： |
| 许可项目： | 电话： |
| 注销原因： | |
| 提交资料目录：□放射诊疗许可证原件；   * 法定代表人/负责人身份证复印件； * 委托人及代理人身份证复印件； * 其他。 | |
| 保证书  我单位保证遵守法律、法规和规范等要求，在本申请书上所填写的有关内容和提交的资料均准确、真实、合法、有效；否则，愿承担有关法律责任。  单位名称：  法定代表人/负责人签名： 年 月 日 | |
| 经办卫生监督员签名：    年 月 日 | |

**材料空表附件六：**《代办授权委托书》

# 富民县卫生和计划生育局行政许可代办委托书

委托人：  身份证号码：

受托人：  身份证号码：

委托人联系电话：  受托人电话：

本人准备申请办理放射诊疗许可证，现因本人

（原因）不能亲自办理相关手续，特委托 作为我的合法代理人全权代表我办理相关事宜，受托人 保证提交材料真实有效，如因材料不真实，委托人 愿意承担一切法律责任。

**代理权限：** 1、就许可相关情况进行确认；

2、代为签收许可相关文书。

委托人（签字）： 受托人（签字）：

委托人身份证复印件粘贴处 受托人身份证复印件粘贴处

年 月 日

**材料样张附件:一**《行政许可申请材料接收凭证》

**行政许可申请材料接收凭证**

编号：

**：**

本机关现已收到你（单位）提交的申请 行政许可的下列材料：

以上申请材料如不齐全或者不符合法定形式，本机关将在五个工作日内予以告知。

卫生行政机关 (盖章)

年 月 日

当事人 (签字)

年 月 日

第一联存档，第二联交申请人 中华人民共和国卫计委制

**材料样张附件:二**《申请材料补正通知书》

**申请材料补正通知书**

卫 字[ ]第 号

**：**

经审查，你（单位）所提交的关于 的申请材料 （1、不齐全；2、不符合法定形式），请补正以下材料：

特此通知。

卫生行政机关 （盖章）

年 月 日

第一联存档，第二联交申请人 中华人民共和国卫计委制

**材料样张附件:三**《行政许可申请受理通知书》

**行政许可申请受理通知书**

卫 字[ ]第 号

**：**

你（单位）提出的关于 行政许可申请，本机关根据《中华人民共和国行政许可法》第三十二条第一款第（五）项的规定，决定予以受理。

根据有关规定，该行政许可需要

（1、招标；2、拍卖；3、检验；4、检测；5、检疫；6、鉴定；7、专家评审）期限 个工作日。

特此告知。

卫生行政机关 （盖章）

年 月 日

第一联存档，第二联交申请人 中华人民共和国卫计委制

**材料样张附件四:**《行政许可申请不予受理决定书》

**行政许可申请不予受理决定书**

卫 字[ ]第 号

**：**

你（单位）于 年 月 日提出的关于 行政许可申请，不符合法定的受理条件，本机关决定不予受理。具体理由如下：

如不服本决定的，可自收到本决定书之日起60日内申请行政复议，或在三个月内向人民法院提起行政诉讼。

卫生行政机关 （盖章）年 月 日

第一联存档，第二联交申请人 中华人民共和国卫计委制

**材料样张附件五:**《行政许可技术审查延期通知书》

**行政许可技术审查延期通知书**

卫 字[ ]第 号

：

你（单位）提出的关于 行政许可申请，经技术审查，认为：

请按以上意见补充材料，自补充材料全部提交之日起，

（1、检验，2、检测，3、检疫，4、鉴定，5、专家评审）期限延长 个工作日。

特此通知。

卫生行政机关（盖章）

年 月 日

第一联存档，第二联交申请人 中华人民共和国卫计委制

**材料样张附件六:**《行政许可决定延期通知书》

**行政许可决定延期通知书**

卫 字[ ]第 号

：

你（单位）于 年 月 日提出的关于 行政许可事项，本机关已于 年 月 日受理。由于

，根据《中华人民共和国行政许可法》第四十二条第一款的规定，经本机关负责人批准*，*将许可决定期限延长10个工作日。

特此通知。

卫生行政机关（盖章）

年 月 日

第一联存档，第二联交申请人 中华人民共和国卫计委制

**材料样张附件七:**《不予行政许可决定书》

**不予行政许可决定书**

卫 许 字[ ]第 号

**：**

你（单位）于 年 月 日提出的关于 许可申请，本机关已于 年 月 日受理，现已审查完毕。本机关认为，该项申请不符合法定条件、标准，本机关决定不予行政许可。

理由：

如不服本决定的，可自收到本决定书之日起60日内申请行政复议，或在三个月内向人民法院提起行政诉讼。

卫生行政机关 （盖章）

年 月 日

第一联存档，第二联交申请人 中华人民共和国卫计委制

**材料样张附件八:**《不予变更/延续行政许可决定书》

**不予变更/延续行政许可决定书**

卫 字[ ]第 号

**：**

你（单位）提出 （1、变更；2、延续）行政许可申请，根据 的规定，经审查，不符合法定的条件和标准，本机关决定不予 （1、变更；2、延续）。

理由：

如不服本决定的，可自收到本决定书之日起60日内申请行政复议，或在三个月内向人民法院提起行政诉讼。

卫生行政机关 （盖章）年 月 日

第一联存档，第二联交申请人 中华人民共和国卫计委制

**结果样本附件一:**《行政许可决定书》

**行政许可决定书**

卫 字[ ]第 号

**：**

你（单位）于年月日提出的关于卫生许行政许可申请，本机关已于 年月日受理，现已审查完毕。本机关认为，该项申请符合法定条件、标准，本机关决定行政许可。

行政机关 （盖章）

年 月 日

第一联存档，第二联交申请人 中华人民共和国卫计委制

**结果样本附件二:**《送达回执》

**行政许可决定送达回执**

**许可机关：**

**许可事项名称：**

**许可文件编号：**

**被许可人：**

**送达方式：**

**送达地点：**

**送 达 人：**

**送达日期：**

**收件人姓名：**

**收件人证件名称及号码：（身份证）**

**收件日期：**

行政机关 （盖章）

当事人 (签收)：

**年 月 日**  年 月 日

**注：送达方式指直接送达、邮寄送达、委托送达、公告送达、当场交付。**