FWZN-11410423MB112534XA400012302300001

医疗机构放射性职业病危害建设项目预评价报告审核服务指南

2019-07-15发布 2019-12-31实施

 鲁山县卫生健康委员会 发布

医疗机构放射性职业病危害建设项目预评价报告审核服务指南

1. 事项编码

11410423MB112534XA400012302300001

1. 适用范围

法人和其他组织

1. 事项类型

行政许可

1. 设立依据

1.《中华人民共和国职业病防治法》（2001年10月27日主席令第六十号，2016年7月2日予以修改）第十七条：新建、扩建、改建建设项目和技术改造、技术引进项目（以下统称建设项目）可能产生职业病危害的，建设单位在可行性论证阶段应当进行职业病危害预评价。医疗机构建设项目可能产生放射性职业病危害的，建设单位应当向卫生行政部门提交放射性职业病危害预评价报告。卫生行政部门应当自收到预评价报告之日起三十日内，作出审核决定书并书面通知建设单位。未提交预评价报告或者预评价报告未经卫生行政部门审核同意的，不得开工建设。……第八十九条：对医疗机构放射性职业病危害控制的监督管理，由卫生行政部门依照本法的规定实施。
 2.《放射诊疗管理规定》（2006年1月24日卫生部令第46号，2016年1月19日予以修改）第十一条：医疗机构设置放射诊疗项目，应当按照其开展的放射诊疗工作的类别，分别向相应的卫生行政部门提出建设项目卫生审查、竣工验收和设置放射诊疗项目申请：（一）开展放射治疗、核医学工作的，向省级卫生行政部门申请办理；（二）开展介入放射学工作的，向设区的市级卫生行政部门申请办理；（三）开展X射线影像诊断工作的，向县级卫生行政部门申请办理。同时开展不同类别放射诊疗工作的，向具有高类别审批权的卫生行政部门申请办理。

1. 受理机构

鲁山县行政服务中心4楼卫健委窗口

1. 决定机构

鲁山县卫生健康委员会

1. 办理条件

（一）、委托取得相应资质的放射卫生技术服务机构开展建设项目职业病危害放射防护预评价，并完成报告的编制；（二）、预评价报告经专家技术审查。

1. 申办材料

申办材料应符合以下要求：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 提交材料名称 | 原件/复印件 | 份数 | 纸质/电子版 | 特定要求 |
| 1 | 医疗机构放射性职业病危害建设项目预评价报告审核申请表 | 原件 | 1 | 纸质 | 存档 |
| 2 | 医疗机构放射性职业病危害建设项目预评价报告 | 原件及复印件 | 各1 | 纸质 | 验原件存复印件 |

1. 受理方式
2. 窗口受理：鲁山县卫生健康委员会四楼卫健委窗口。
3. 网上申报：进入河南政务服务网（http://pds.hnzwfw.gov.cn/）按照提示进行网上申报。
4. 办理流程
5. 申请

申请单位应按照要求,准备相关申请村料，按照许可权限，向许可机关提出许可申请。
（二）受理

许可机关对申请材料进行审查。申请村料齐全、规范的,许可机关予以受理,出具《受理通知书》。申请材料不齐全的,应一次告知申请人需要补正的全部内容,出具《行政许可申请材料补正告知书。

（三）核查

根据法定条件和程序,申请材料受理后,行政许可机关应当指派2名以上工作人员对申请材料的实质内容进行实地核查。申请材料不实、不符合法定条件的,行政许可机关出具《不予受理决定书》。
 （四）决定

申请材料符合法定条件的,现场核查无误的,许可机关填写行政许可决定审批表,经初审、复审、审定,依法作出准予行政许可的书面决定。通知申请人领取《劳务派遣经营许可证》。

1. 办理时限
2. 法定时限

自受理之日起20个工作日（20个工作日内不能作出决定的，经本行政机关负责人批准，可延长10个工作日，并应当将延长期限的理由告知申请人）。

1. 承诺时限

自受理日起10个工作日。

1. 收费依据及标准

无

1. 结果送达

直接送达。

1. 行政救济途径与方式
2. 申请人在申请行政许可过程中，依法享有陈述权、申辩权；
3. 申请人的行政许可申请被驳回的有权要求说明理由；
4. 申请人不服行政许可决定的，有权在收到不予行政许可决定之日起60日内向鲁山县人民政府或平顶山市卫生健康委员会申请行政复议，或者在6个月内向鲁山县人民法院提起行政诉讼。
5. 咨询方式
6. 现场咨询

鲁山县行政服务中心四楼卫健委窗口

1. 电话咨询

 0375-7172163

1. 网上咨询

http://zwfw.hnls.gov.cn

1. 监督投诉渠道
2. 现场监督投诉

鲁山县行政服务中心督查科

1. 电话监督投诉

 1.窗口：0375-7172625

 2.鲁山县行政服务中心总投诉台电话：0375-7172625

 3.网上监督投诉：http://zwfw.hnls.gov.cn

1. 办理地址和时间

地址：鲁山县行政服务中心

时间：周一至周五 上午9:00-12：00 下午13:00-17:00

1. 办理进程和结果查询
2. 办理进程查询方式

1.现场查询：

鲁山县行政服务中心四楼卫健委窗口

2.电话查询：

0375-7172163

3.网上查询：

[http:// zwfw.hnls.gov.cn](http://pds.hnzwfw.gov.cn)

（二）结果公开查询方式

1、现场查询

鲁山县行政服务中心四楼卫健委窗口

2、电话查询

0375-7172163

3、网上查询：

[http:// zwfw.hnls.gov.cn](http://pds.hnzwfw.gov.cn)

1. 办理结果样本

1. 附件

附件1：医疗机构放射性职业病危害建设项目预评价报告审核申请村料清单

附件2：医疗机构放射性职业病危害建设项目预评价报告审核申请村料清单示范文本
附件3：行政许可受理通知书

附件4：行政许可受理通知书示范文本
附件5：XXX行政许可申请材料补正告知书

附件6：XXX行政许可申请材料补正告知书示范文本
附件7：XXX行政许可受理(不予受理)审批表

附件8：XXX行政许可受理(不予受理)审批表示范文本
附件9：行政许可不予受理决定书

附件10：行政许可不予受理决定书示范文本
附件11：XXX行政许可决定审批表

附件12：XXX行政许可决定审批表示范文本
附件13：准予行政许可决定书

附件14：准予行政许可决定书示范文本

附件15：XXX行政许可办结报告

附件16：XXX行政许可办结报告示范文本

附件17：事项流程图

附件18：常见错误示例

附件19：常见问题解答

附件1：放射诊疗行政许可申请村料清单

|  |
| --- |
| 受理编号：豫卫放预申( )第 号受理日期： 年 月 日 |

**医疗机构建设项目放射性职业病危害**

**预评价报告审核申请表**

项目名称

申请单位 （盖章）

**河南省卫生健康委员会制**

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 |  |
| 单位地址 |  |
| 项目性质 | 新建□ 改建□ 扩建□ 技术改造□ 技术引进□ |
| 危害类别 | 一般□ 严重□ |
| 法定代表人 |  | 统一社会信用代码 |  |
| 项目负责人 |  | 联系人/手机号码 |  |
| 职业病危害预评价报告 | 报告编制单位 |  |
| 报告编号 |  |
| 项目清单 | 名 称 | 技术参数KV/mA | 位 置 | 场所性质 | 设备性质 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  申报材料 | 1．《医疗机构建设项目放射性职业病危害预评价报告审核申请表》； 2．《医疗机构建设项目放射性职业病危害预评价报告》（报批版）；  |
| 行政许可申 请 人 | 承诺：以上提交材料真实合法有效，并对申请材料实质内容的真实性负责。如有虚假，愿意承担相应的法律责任。法定代表人（签字）： 申报单位（公章）：  年 月 日 |
| 行政许可受理机关 | 承办人： 年 月 日 |

填写模板

|  |
| --- |
| 受理编号：豫卫放预申( )第 号受理日期： 年 月 日 |

附件2：医疗机构放射性职业病危害建设项目预评价报告审核申请村料清单示范文本

**医疗机构建设项目放射性职业病危害**

**预评价报告审核申请表**

项目名称 放射治疗、核医学科建设项目

申请单位 河南省第十六人民医院 （盖章）

 **河南省卫生健康委员会制**

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 | 核医学、电子直线加速器、CT等建设项目 |
| 单位地址 | 洛阳市新华区星光大道路1号 |
| 项目性质 | 新建√ 改建□ 扩建□ 技术改造□ 技术引进□ |
| 危害类别 | 一般□ 严重√ |
| 法定代表人 | 刘德华 | 统一社会信用代码 | 12411422418505209X |
| 项目负责人 | 李连杰 | 联系人/手机号码 | 陈龙，13966666666 |
| 职业病危害预评价报告 | 编制单位 | 河南xxx检测技术有限公司 |
| 报告编号 | HZF［2018］第22-002-0226号 |
| 项目清单 | 名 称 | 技术参数KV/mA | 位 置 | 场所性质 | 设备性质 |
| 直线加速器 | 6-10MV | 统合楼负一层 | 新建 | 搬迁 |
| 16排CT | 130/250 | 门诊楼三楼 | 新建 | 新购 |
| SPECT | 130/345 | 住院部楼负一层 | 改建 | 新购 |
|  申报材料 | 1．《医疗机构建设项目放射性职业病危害预评价报告审核申请表》； 2．《医疗机构建设项目放射性职业病危害预评价报告》（报批版）；  |
| 行政许可申 请 人 | 承诺：以上提交材料真实合法有效，并对申请材料实质内容的真实性负责。如有虚假，愿意承担相应的法律责任。法定代表人（签字）： 申报单位（公章）：  年 月 日 |
| 行政许可受理机关 | 承办人： 年 月 日 |

附件3：XXX行政许可受理通知书
 〔 〕第 号

申请人单位名称（或者个人姓名）

你（单位）于 年 月 日提出的 申请收悉。经审查，符合法定受理条件，本机关决定自 年 月 日起受理。

 行政机关专用印章

 年 月 日

申请人（或委托代理人）：

签名或盖章

年 月 日

注：本文书一式两份。一份送达申请人，一份行政机关存档。

附件4：XXX行政许可受理通知书示范文本
 ××××××〔 ×× 〕第×× 号

申请人单位名称（或者个人姓名）

你（单位）于 ×× 年 ×× 月 ×× 日提出的 ×× 申请收悉。经审查，符合法定受理条件，本机关决定自 ×× 年×× 月 ×× 日起受理。

 行政机关专用印章

 年 月 日

申请人（或委托代理人）：

 签名或盖章

年 月 日

注：本文书一式两份。一份送达申请人，一份行政机关存档。

附件5：XXX行政许可申请材料补正告知书

 〔 〕第 号

你（）单位于 年 月 日提出的 行政许可申请收悉，经审查，需要补正下列事项：

1.

2.

3.

4.

5.

6.

请你（单位）于 年 月 日前补正上述材料。

 行政机关印章（专用印章）

 年 月 日

申请人（或委托代理人）：

 年 月 日

附件6：XXX行政许可申请材料补正告知书示范文本

 ××××××〔 ×× 〕第×× 号

 ××

你（单位）于 ×× 年×× 月 ×× 日提出的 ×× 行政许可申请收悉，经审查，需要补正下列事项：

1. ××××××××××××××××

2. ××××××××××××××××

3. ××××××××××××××××

4. ××××××××××××××××

5. ××××××××××××××××

6. ××××××××××××××××

请你（单位）于×××× 年××月××日前补正上述材料。

 行政机关印章（专用印章）

 年 月 日

申请人（或委托代理人）：××××

 年 月 日

附件7：XXX行政许可受理(不予受理)审批表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人 | 单位名称 |  | 法定代表人 |  |
| 住址 |  | 电话 |  |
| 个人姓名 |  | 身份证号 |  |
| 住址 |  | 电话 |  |
| 行政许可申请事项 |  |
| 行政许可事项审查情况 |  |
| 承办人意见 | 承办人签名 年 月 日 |
| 承办机构审核意见 | 负责人签名 年 月 日 |

附件8：XXX行政许可受理(不予受理)审批表示范文本

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人 | 单位名称 | ×××× | 法定代表人 | ×××× |
| 住址 | ×××× | 电话 | ×××× |
| 个人姓名 | ×××× | 身份证号 | ×××× |
| 住址 | ×××× | 电话 | ×××× |
| 行政许可申请事项 | ×××× |
| 行政许可事项审查情况 | ×××× |
| 承办人意见 | 承办人签名×××× 年 月 日 |
| 承办机构审核意见 | 负责人签名×××× 年 月 日 |

附件9：行政许可不予受理决定书

 〔 〕第 号

申请人单位名称（或者个人姓名）

你（单位）于 年 月 日提出的 申请收悉。经审查，

 审查情况和不予受理许可的理由 （即不符合法定条件或法定标准） 。依据 规定，本机关决定不予受理你提出的 申请。

你（单位）如不服本决定，可以自收到本决定书之日起六十日内向郏县人民政府或者郏县人力资源和社会保障局申请行政复议，也可以自收到本决定书之日起六个月内依法直接向人民法院提起行政诉讼。

 行政机关专用印章

 年 月 日

申请人（或委托代理人）签名或盖章：

 年 月 日

注：本文书一式两份。一份送达申请人，一份行政机关存档。

附件10：行政许可不予受理决定书示范文本

 ××××××〔 ×× 〕第×× 号

申请人单位名称（或者个人姓名）

你（单位）于××××年××月××日提出的 ×××× 申请收悉。经审查，

×××× 审查情况和不予受理许可的理由 （即不符合法定条件或法定标准） 。依据××××××××规定，本机关决定不予受理你提出的 申请。

你（单位）如不服本决定，可以自收到本决定书之日起六十日内向郏县人民政府或者郏县人力资源和社会保障局申请行政复议，也可以自收到本决定书之日起六个月内依法直接向人民法院提起行政诉讼。

 行政机关专用印章

 年 月 日

申请人（或委托代理人）签名或盖章：

 年 月 日

注：本文书一式两份。一份送达申请人，一份行政机关存档。

附件11：XXX行政许可决定审批表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 行政许可申请事项 |  | 申请材料接收时间 |  |
| 行政许可受理时间 |  |
| 申请人 | 单位名称 |  | 法定代表人 |  |
| 住 址 |  | 电 话 |  |
| 个人姓名 |  | 身份证号 |  |
| 所在单位 |  | 电 话 |  |
| 行政许可事项审查情况 |  |
| 承办人意 见 | 承办人签名： 年 月 日 |
| 承办机构审核意见 | 负责人签名： 年 月 日 |
| 行政机关负责人审批意见 | 负责人签名： 年 月 日 |

附件12：XXX行政许可决定审批表示范文本

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 行政许可申请事项 | ×××× | 申请材料接收时间 | ×××× |
| 行政许可受理时间 | ×××× |
| 申请人 | 单位名称 | ×××× | 法定代表人 | ×××× |
| 住 址 | ×××× | 电 话 | ×××× |
| 个人姓名 | ×××× | 身份证号 | ×××× |
| 所在单位 | ×××× | 电 话 | ×××× |
| 行政许可事项审查情况 | ×××× |
| 承办人意 见 | 承办人签名： 年 月 日 |
| 承办机构审核意见 | 负责人签名： 年 月 日 |
| 行政机关负责人审批意见 | 负责人签名： 年 月 日 |

附件13：准予行政许可决定书

鲁卫健函〔 〕第 号

 ：

 你（单位）于 年 月 日提出的 行政许可申请，本机关于 年 月 日受理。经审查，符合 规定的条件和标准。本机关依据

 和《中华人民共和国行政许可法》第三十八条第一款的规定，决定准予你（单位）取得

 行政许可，有效期自 年 月 日至 年 月 日。

 请你持本决定，到 办理（领取）行政许可证件。

 行政机关印章

 年 月 日

附件14：准予行政许可决定书示范文本
鲁卫健函〔 〕第 号

××××××××：

 你（单位）于××××年××月××日提出的××××行政许可申请，本机关于××××年××月××日受理。经审查，符合 规定的条件和标准。本机关依据×××××××× 和《中华人民共和国行政许可法》第三十八条第一款的规定，决定准予你（单位）取得××××行政许可，有效期自××××年××月××日至××××年××月××日。

 请你持本决定，到××××××××办理（领取）行政许可证件。

 行政机关印章

 年 月 日

附件15：XXX行政许可办结报告

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人（被许可人） | 单位名称 |  | 法定代表人 |  |
| 住址 |  | 电话 |  |
| 个人姓名 |  | 身份证号 |  |
| 所在单位 |  | 电话 |  |
| 行政许可事项 |  |
| 办理内容 | 🞎 初次申请 🞎延续 🞎变更 🞎撤回 🞎撤销 🞎注销 |
| 行政许可文书文号 |  | 发文日期 |  |
| 行政许可证书编号、内容摘要 |  |
| 审查情况、理由及决定内容 |  |
| 结案方式 | 🞎依程序办结 🞎复议结案 🞎诉讼结案 |
| 行政许可承办人意见 | 承办人签名： 年 月 日 |
| 行政许可承办机构负责人意见 | 负责人签名： 年 月 日 |
| 行政许可机关负责人意见 | 负责人签名： 年 月 日 |

附件16：XXX行政许可办结报告示范文本

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人（被许可人） | 单位名称 | ×××× | 法定代表人 | ×××× |
| 住址 | ×××× | 电话 | ×××× |
| 个人姓名 | ×××× | 身份证号 | ×××× |
| 所在单位 | ×××× | 电话 | ×××× |
| 行政许可事项 | ×××××××× |
| 办理内容 | 🞎 初次申请 🞎延续 🞎变更 🞎撤回 🞎撤销 🞎注销 |
| 行政许可文书文号 | ×××× | 发文日期 | ×××× |
| 行政许可证书编号、内容摘要 | ×××× |
| 审查情况、理由及决定内容 | ×××× |
| 结案方式 | 🞎依程序办结 🞎复议结案 🞎诉讼结案 |
| 行政许可承办人意见 | 承办人签名： 年 月 日 |
| 行政许可承办机构负责人意见 | 负责人签名： 年 月 日 |
| 行政许可机关负责人意见 | 负责人签名： 年 月 日 |

附件17：事项流程图



附件 18：常见错误示例

1.申请材料不齐全、规范的。

附件 19：常见问题解答

1.问：一般多长时间可以办完审批手续？

答：承诺自受理之日起10个工作日办完。

2.问：收费标准和依据是什么？

答：办理此事项不收费。