FWZN-11410423MB112534XA400012300100001

母婴保健技术服务（助产技术、结扎、终止妊娠手术）机构执业许可服务指南

2019-07-15发布 2019-12-31实施

 鲁山县卫生健康委员会 发布

母婴保健技术服务（助产技术、结扎、终止妊娠手术）机构执业许可服务指南

1. 事项编码

11410423MB112534XA400012300100001

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. 《中华人民共和国母婴保健法》（1994年10月27日主席令第三十三号，2009年8月27日予以修改）第三十二条：医疗保健机构依照本法规定开展婚前医学检查、遗传病诊断、产前诊断以及施行结扎手术和终止妊娠手术的，必须符合国务院卫生行政部门规定的条件和技术标准，并经县级以上地方人民政府卫生行政部门许可。
《计划生育技术服务管理条例》（2001年6月13日国务院令第309号，2004年12月10日予以修改）第二十二条：从事计划生育技术服务的医疗、保健机构，由县级以上地方人民政府卫生行政部门审查批准，在其《医疗机构执业许可证》上注明获准开展的计划生育技术服务项目，并向同级计划生育行政部门通报。第二十四条：计划生育技术服务机构从事产前诊断的，应当经省、自治区、直辖市人民政府计划生育行政部门同意后，由同级卫生行政部门审查批准，并报国务院计划生育行政部门和国务院卫生行政部门备案。从事计划生育技术服务的机构使用辅助生育技术治疗不育症的，由省级以上人民政府卫生行政部门审查批准，并向同级计划生育行政部门通报。使用辅助生育技术治疗不育症的具体管理办法，由国务院卫生行政部门会同国务院计划生育行政部门制定。使用辅助生育技术治疗不育症的技术规范，由国务院卫生行政部门征求国务院计划生育行政部门意见后制定。
《国务院关于第六批取消和调整行政审批项目的决定》（国发〔2012〕52号）附件2（一）第50项：计划生育技术服务机构设立许可，下放至县级以上地方人民政府人口计生行政部门。

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

1.符合当地医疗保健机构设置规划；2.取得《医疗机构执业许可证》；3.符合《母婴保健专项技术服务基本标准》。

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 | 《母婴保健技术服务机构执业许可申请登记书》 | 原件 | 1 | 纸质 | 存档 |
| 2 | 《医疗机构执业许可证》副本 | 原件及复印件 | 1 | 纸质 | 存档 |
| 3 | 从事该项技术人员的《母婴保健技术考核合格证书》 | 原件及复印件 | 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20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：母婴保健技术服务（助产技术、结扎、终止妊娠手术）机构执业许可申请村料清单

附件2：母婴保健技术服务（助产技术、结扎、终止妊娠手术）机构执业许可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：医疗机构设置及执业登记申请材料清单

**母婴保健技术服务执业许可申请登记书**

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和计划生育委员会制

**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）中外合资合作（5）其他 （ ） |
| 隶属关系 | （1）中央属 （2）省、自治区、直辖市属 （3）直辖市区，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）其他 （ ） |
| 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 □□□□□□ |
| 法人代表 | 姓名 性别□男□女 | 主要负责人 | 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 □设区母婴保健 □门诊 □住院 □家庭病床 □巡诊 □其他 |
| 床位数 |
| 备注 |

**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 |
| □01. 妇女保健科 □06. 内科* 01.01 青春期保健科
* 01.02 围产期保健 □07. 外科
* 01.03 更年期保健
* 01.04 妇女心理行为 □08. 眼科
* 01.05 妇女营养
* 01.06 女职工职业保健 □09. 耳鼻咽喉科
* 01.07 其他

 □10. 口腔科* 02. 儿童保健科
* 02.01 集体儿童保健 □11. 皮肤科
* 02.02 儿童生长发育
* 02.03 儿童营养 □12. 精神科
* 02.04 儿童心理行为
* 02.05 儿童五官保健 □13. 传染科
* 02.06 儿童康复
* 02.07 其他 □14. 麻醉科（手术室）

□03. 婚检专科 □15. 医学检验科□03.01 男性专科 □15.01 常规检验□03.02 女性专科 □15.02 生化检验 □15.03 内分泌检验 |

续前表

□04. 妇产科 □15.04 临床免疫

* 04.01 妇科 □15.05 遗传检验：细胞检验
* 04.02 产科 分子检验
* 04.03 计划生育 □15.06 其他
* 04.04 内分泌
* 04.05 生殖健康 □16. 病理科
* 04.06 其他

 □17. 医学影像科

* 05. 儿科 □17.01 X线诊断专业
* 05.01 新生儿急救 □17.02 超声诊断专业
* 05.02 小儿传染病 □17.03 心电诊断专业
* 05.03 小儿消化 □17.04 脑电及脑血流图
* 05.04 小儿呼吸 诊断专业
* 05.05 小儿心脏病 □17.05 神经肌肉电图专业
* 05.06 小儿肾病 □17.06 其他
* 05.07 小儿血液病
* 05.08 小儿神经病学 □18. 中医科
* 05.09 小儿内分泌
* 05.10 小儿遗传病 □19. 其他
* 05.11 小儿免疫
* 05.12 小儿营养不良性

 疾病防治

□05.13 其他

**人员情况**

|  |
| --- |
| 职工总数 其中卫生技术人员数 行政后勤人员 |
| 妇女保健科 | 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 |
|  |  |  |  |  |  |
| 儿童 | 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 | 主任医师 | 副主任医师 | 主管技师 | 技师 | 技术员 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 护理员专业 | 主任护师 | 副主任护师 | 主管医师 | 护师 | 护士 | 护理员 |
|  |  |  |  |  |  |

**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、普通离心机 |  |
| （4）化验和X光机辅助设备 |  | （4）普通电冰箱、普通离心机 |  |
| （5）其他 |  | （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）其他 |  |

注：栏目不够请另附页

**提交文件、证件和上级主管部门意见**

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |
| 上级主管部门签署意见 |  （章）负责人签字: 年 月 日 |

**审查、主管领导意见、局长核批**

|  |  |
| --- | --- |
| 审查人员意见 | 签字： 年 月 日 |
| 主管领导意见 | 签字： 年 月 日  |
| 局长核批 | 签字： 年 月 日 |

**核准登记事项**

|  |
| --- |
| 登记号□□□□□□□□□□□□□□□□□□ |
| 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 |
| 服务形式 |
| 申请技术服务审批项目 |
| 核准技术服务许可项目 |

附件2：医疗机构设置及执业登记申请村料清单示范文本

**母婴保健技术服务执业许可申请登记书**

申请单位 鲁山县张店乡卫生院 （章）

法定代表人 张三 （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和计划生育委员会制

**医疗保健机构简况**

|  |  |
| --- | --- |
| 机构名称 张店乡卫生院 | 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）中外合资合作（5）其他 （ 1） |
| 隶属关系 | （1）中央属 （2）省、自治区、直辖市属 （3）直辖市区，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）其他 （ 7 ） |
| 主管单位名称 鲁山县卫生健康委员会 |
| 服务对象 （1）社会 （2）内部 （3）境外人员 （4）社会+境外人员 （ 1 ） |
| 机构地址 张店乡张庄村 |
| 电话  | 传真 | 邮政编码 □□□□□□ |
| 法人代表 | 姓名 性别□男□女 | 主要负责人 | 姓名 李四 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 □设区母婴保健 □门诊 □住院 □家庭病床 □巡诊 □其他 |
| 床位数 |
| 备注 |

**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 |
| □√01. 妇女保健科 □06. 内科* 01.01 青春期保健科
* 01.02 围产期保健 □07. 外科
* 01.03 更年期保健
* 01.04 妇女心理行为 □08. 眼科
* 01.05 妇女营养
* 01.06 女职工职业保健 □09. 耳鼻咽喉科
* 01.07 其他

 □10. 口腔科* √02. 儿童保健科
* 02.01 集体儿童保健 □11. 皮肤科
* 02.02 儿童生长发育
* 02.03 儿童营养 □12. 精神科
* 02.04 儿童心理行为
* 02.05 儿童五官保健 □13. 传染科
* 02.06 儿童康复
* 02.07 其他 □14. 麻醉科（手术室）

□03. 婚检专科 □15. 医学检验科□03.01 男性专科 □15.01 常规检验□03.02 女性专科 □15.02 生化检验 □15.03 内分泌检验 |

续前表

□04. 妇产科 □15.04 临床免疫

* 04.01 妇科 □15.05 遗传检验：细胞检验
* 04.02 产科 分子检验
* 04.03 计划生育 □15.06 其他
* 04.04 内分泌
* 04.05 生殖健康 □16. 病理科
* 04.06 其他

 □17. 医学影像科

* 05. 儿科 □17.01 X线诊断专业
* 05.01 新生儿急救 □17.02 超声诊断专业
* 05.02 小儿传染病 □17.03 心电诊断专业
* 05.03 小儿消化 □17.04 脑电及脑血流图
* 05.04 小儿呼吸 诊断专业
* 05.05 小儿心脏病 □17.05 神经肌肉电图专业
* 05.06 小儿肾病 □17.06 其他
* 05.07 小儿血液病
* 05.08 小儿神经病学 □18. 中医科
* 05.09 小儿内分泌
* 05.10 小儿遗传病 □19. 其他
* 05.11 小儿免疫
* 05.12 小儿营养不良性

 疾病防治

□05.13 其他

**人员情况**

|  |
| --- |
| 职工总数 其中卫生技术人员数 行政后勤人员 |
| 妇女保健科 | 主任医师 | 副主任医师 | 主治医师 | 医师 | 医士 |  |
|  |  |  | 5 |  |  |
| 儿童保健科 | 主任医师 | 副主任医师 | 主治医师 | 医师 | 医士 |  |
|  |  |  | 5 |  |  |
| 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 |
|  |  |  |  |  |  |
| 儿童 | 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 | 主任医师 | 副主任医师 | 主管技师 | 技师 | 技术员 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 护理员专业 | 主任护师 | 副主任护师 | 主管医师 | 护师 | 护士 | 护理员 |
|  |  |  |  |  |  |

**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、普通离心机 |  |
| （4）化验和X光机辅助设备 |  | （4）普通电冰箱、普通离心机 |  |
| （5）其他 |  | （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）其他 |  |

注：栏目不够请另附页

**提交文件、证件和上级主管部门意见**

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |
| 上级主管部门签署意见 |  （章）负责人签字: 年 月 日 |

**审查、主管领导意见、局长核批**

|  |  |
| --- | --- |
| 审查人员意见 | 签字： 年 月 日 |
| 主管领导意见 | 签字： 年 月 日  |
| 局长核批 | 签字： 年 月 日 |

**核准登记事项**

|  |
| --- |
| 登记号□□□□□□□□□□□□□□□□□□ |
| 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 |
| 服务形式  |
| 申请技术服务审批项目 |
| 核准技术服务许可项目 |

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。