申请母婴保健工作中做出显著成绩和在母婴保健科学研究中取得显著成果的组织和个人的奖励服务指南

2019-07-15发布 2019-12-31实施

 鲁山县卫生健康委员会 发布

母婴保健工作中做出显著成绩和在母婴保健科学研究中取得显著成果的组织和个人的奖励服务指南

1. 事项编码
2. 11410423MB112534XA400082301100001
3. 适用范围

集体和个人

1. 事项类型

行政确认

1. 设立依据

《中华人民共和国母婴保健法》
第六条对在母婴保健工作中做出显著成绩和在母婴保健科学研究中取得显著成果的组织和个人，应当给予奖励。

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

对母婴保健工作中做出显著成绩和在母婴保健科学研究中取得显著成果的组织和个人

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 | 母婴保健先进集体和先进个人推荐表 | 原件 | 2 | 纸质 | 存档 |
| 2 | 母婴保健先进集体和先进个人有关的材料 | 原件及复印件 |  | 纸质 | 存档 |

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：申请人提交相关信息和材料；
6. 审核：审核机构对提交的相关材料进行审核；

3、审批：审核通过后，作出审批决定，通知申请人现场领取结果。

十一、办理时限

1. 法定时限

自受理之日起10个工作日完成

1. 承诺时限

最长不得超过20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

无

1. 咨询方式
2. 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

无

1. 附件

附件19：常见问题解答

**妇幼健康工作表现突出个人推荐表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 姓名： | 性别： |  |
| 所在单位： | 从事妇幼工作年限： |  |
| 职称： | 职务： |  |
| 个人简历（包括工作和受教育情况） |
| 受过何种奖励： |
| 所在单位推荐意见： （盖章）年 月 日 |
| 县（区）级卫生行政部门推荐意见： （盖章）年 月 日 |
| 市级卫生行政部门推荐意见：（盖章）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