附件1

“港澳药械通”指定医疗机构资质申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构  名 称 | |  | | 机构类型 | | （如：港澳独资/合资/合作） |
| 执业地址 | |  | | | 开业时间 |  |
| 机构级别 | | （如：二级或三级、综合或专科医院） | | 法人代表 | |  |
| 机构类别 | | （如：公立、民营或港澳医院） | | 现有床位数 | |  |
| 主要港澳  关 系 | | 起止时间 | 港澳方主体 | 医疗卫生服务项目 | | |
|  |  |  | | |
|  |  |  | | |
|  |  |  | | |
| 国家、省支持 专项文件 | |  | | | | |
| 重点专业  科 室 | |  | | | | |
| 主要医疗  专家（高职） | |  | | | | |
| 近3年主要  诊疗 项目  业绩 |  | | | | | |
| 有无重大医疗事故违法情况 | |  | | | | |
| 医疗机构  意 见 | | XXX（医院）申请“港澳药械通”医院使用资质，按照法规要求，临床急需进口使用港澳上市药品/港澳公立医院采购使用的医疗器械，仅用于本医疗机构特定医疗目的。  法人代表（签字、公章）：  2024年 月 日 | | | | |

医院部门： 承办人： 联系电话：