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：