BSZN-

医疗机构变更登记

办事指南

官渡区卫生健康局

2019年12月17日发布

医疗机构变更登记办事指南

一、受理范围

区级卫生健康行政部门负责区级医疗机构变更登记工作。

二、办理依据

《医疗机构管理条例》（1994年2月26日国务院令第149号）第二十条：医疗机构改变名称、场所、主要负责人、诊疗科目、床位，必须向原登记机关办理变更登记。

三、实施机关

官渡区卫生健康局负责该行政事项的受理、审查并做出行政许可决定。

四、许可条件

**（一）予以批准的条件：**

取得《医疗机构执业许可证》的机构，在改变名称、场所、主要负责人、诊疗科目、床位等信息时符合《云南省医疗机构审批管理暂行办法》第二十四条规定。

**（二）不予批准的情形：**

变更项目不符合法律法规标准和规范的要求。

五、许可数量

无限制

六、受理形式和地点

窗口办理：官渡区政府政务服务中心窗口

地 址：昆明市官渡区云秀路2898号国投大厦4号楼政务服务中心窗口，咨询电话67159358、67159308

交通方式：可乘坐169路、174路、232路、252路、253路、A12路、D12路公交车到达。

办理网址：否

七、申请材料

医疗机构设置申请人(单位）、类别、地点变更应重新办理设置审批。

医疗机构变更法定代表人

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 材料名称 | 材料形式 | 纸质/电子文件 | 份数 | 备注 |
| 1 | 变更书面申请 | 原件  □复印件 | 纸质 | 1份 |  |
| 2 | 《医疗机构申请变更登记注册书》 | 原件  □复印件 | 纸质 | 1份 |  |
| 3 | 符合法定代表人任职资格的相关证明性材料（含身份证、资格证、执业证、职称证复印件） | □原件  复印件 | 纸质 | 1份 | 原件（核验）收复印件，复印件盖公章 |
| 4 | 《医疗机构执业许可证》正本、副本 | 原件  复印件 | 纸质 | 1份 |  |
| 5 | 政府举办的医疗机构法定代表人变更的，应提交政府部门出具的法定代表人任免文件；社会举办的医疗机构法定代表人变更的，由设置申请人提交工商行政部门或民政部门出具的法定代表人变更证明文件 | □原件  复印件 | 纸质 | 1份 | 原件（核验）收复印件，复印件盖公章 |
| 6 | 其他情形相关材料 | 原件  复印件 | 纸质 | 1份 | 原件（核验）收复印件 |

设有法定代表人的医疗机构变更主要负责人

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 材料名称 | 材料形式 | 纸质/电子文件 | 份数 | 备注 |
| 1 | 变更书面申请 | 原件  □复印件 | 纸质 | 1份 |  |
| 2 | 《医疗机构申请变更登记注册书》 | 原件  □复印件 | 纸质 | 1份 |  |
| 3 | 拟变更的主要负责人的资质（身份证、资格证、执业证、职称证）复印件 | □原件  复印件 | 纸质 | 1份 | 原件（核验）收复印件，复印件盖公章 |
| 4 | 《医疗机构执业许可证》正、副本 | 原件  复印件 | 纸质 | 1份 |  |
| 5 | 设置申请人（或法定代表人）出具的主要负责人任免文件（原负责人离职申明、新负责人聘书） | 原件  □复印件 | 纸质 | 1份 |  |
| 6 | 其他情形相关材料 | 原件  复印件 | 纸质 | 1份 | 原件（核验）收复印件 |

医疗机构变更名称

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 材料名称 | 材料形式 | 纸质/电子文件 | 份数 | 备注 |
| 1 | 变更书面申请 | 原件  □复印件 | 纸质 | 1份 |  |
| 2 | 《医疗机构申请变更登记注册书》 | 原件  □复印件 | 纸质 | 1份 |  |
| 3 | 《医疗机构执业许可证》正、副本 | 原件  复印件 | 纸质 | 1份 |  |
| 4 | 其他情形相关材料 | 原件  复印件 | 纸质 | 1份 | 原件（核验）收复印件 |

医疗机构变更诊疗科目

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 材料名称 | 材料形式 | 纸质/电子文件 | 份数 | 备注 |
| 1 | 变更书面申请 | 原件  □复印件 | 纸质 | 1份 | 序号1-8为新增诊疗科目提交材料；如减少诊疗科目，只需提交1、2、3、8 |
| 2 | 《医疗机构申请变更登记注册书》 | 原件  □复印件 | 纸质 | 1份 |
| 3 | 《医疗机构执业许可证》正、副本 | 原件  复印件 | 纸质 | 1份 |
| 4 | 业务用房设置平面图 | 原件  □复印件 | 纸质 | 1份 |
| 5 | 与新增诊疗科目相适应的卫生技术人员名录和资质（身份证、资格证、执业证、职称证复印件） | □原件（验）  复印件 | 纸质 | 1份 |
| 6 | 新增诊疗科目的相关设备清单 | 原件  □复印件 | 纸质 | 1份 |
| 7 | 新增诊疗科目的管理制度 | 原件  □复印件 | 纸质 | 1份 |
| 8 | 其他情形相关材料 | 原件（验）  复印件 | 纸质 | 1份 |

医疗机构变更床位（牙椅）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 材料名称 | 材料形式 | 纸质/电子文件 | 份数 | 备注 |
| 1 | 变更书面申请 | 原件  □复印件 | 纸质 | 1份 | 序号1-7为新增床位（牙椅）提交材料；如减少床位（牙椅），只需提交1、2、3、7 |
| 2 | 《医疗机构申请变更登记注册书》 | 原件  □复印件 | 纸质 | 1份 |
| 3 | 《医疗机构执业许可证》正、副本 | 原件（验）  复印件 | 纸质 | 1份 |
| 4 | 与新增床位相适应的卫生技术人员名录和原有床位卫生技术人员名录、资质（身份证、资格证、执业证、职称证复印件） | 原件（验）  复印件 | 纸质 | 1份 |
| 5 | 房屋的房产证或产权证明、房屋租赁合同 | 原件（验）  复印件 | 纸质 | 1份 |
| 6 | 新增床位的设施设备清单 | 原件  □复印件 | 纸质 | 1份 |
| 7 | 其他情形相关材料 | 原件（验）  复印件 | 纸质 | 1份 |

医疗机构变更经营性质

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 材料名称 | 材料形式 | 纸质/电子文件 | 份数 | 备注 |
| 1 | 变更书面申请 | 原件  □复印件 | 纸质 | 1份 |  |
| 2 | 《医疗机构申请变更登记注册书》 | 原件  □复印件 | 纸质 | 1份 |  |
| 3 | 《医疗机构执业许可证》正、副本 | 原件  复印件 | 纸质 | 1份 | 原件（核验）收复印件，复印件盖公章 |
| 4 | 财务会计报表 | 原件  复印件 | 纸质 | 1份 |
| 5 | 其他情形相关材料 | 原件  复印件 | 纸质 | 1份 |

八、办理时限

**（一）医疗机构变更法定代表人、医疗机构变更名称、医疗机构变更经营性质。**

法定办理时限: 20工作日 (专家评审时间、现场审核时间不计算在内)；

承诺办理时限：3工作日 (专家评审时间、现场审核时间不计算在内)。

**（二）医疗机构变更诊疗科目、医疗机构变更床位（牙椅）、医疗机构变更级别**

法定办理时限: 20工作日 (专家评审时间、现场审核时间不计算在内)；

承诺办理时限：3工作日 (专家评审时间、现场审核时间不计算在内)。

**（三）医疗机构变更主要负责人**

法定办理时限: 20工作日 专家评审时限不计算在内；

承诺办理时限：3工作日 (专家评审时间不计算在内)。

九、许可收费及依据

本许可事项不收费

十、办理流程

**（一）申请**

1、提交方式：现场提交。

窗口地址：官渡区政府政务服务中心窗口

地 址：昆明市官渡区云秀路2898号国投大厦4号楼政务服务中心窗口。

1. 提交时间（现场）：周一至周五（法定节假日除外）上午9:00-12:00

13：00-17：00。

**（二）受理**

受理审核：对申请人提交的书面申请材料进行完整性审查，申请材料符合法定要求的，予以受理；提交资料不全的，发放补正材料通知书。

**（三）审核**

申请材料齐全的，由官渡区卫生健康局组织有关专家进行申报地址的现场审查和评审，合格的进入审批程序。

**（四）许可决定及送达方式**

发放《医疗机构执业许可证》

送达方式：申请人到官渡区政府政务服务中心窗口领取。

1. **许可服务**

**（一）咨询**

1、窗口咨询：官渡区政府政务服务中心窗口

地 址：昆明市官渡区云秀路2898号国投大厦4号楼政务服务中心窗口，

2、电话咨询：咨询电话67159358、67159308，当场回复。

**（二）办理进程查询**

可通过窗口电话：67159358、67159308查询进程。

**（三）监督投诉**

窗口投诉：窗口投诉：官渡区人民政府政务服务中心一楼投诉受理窗口；

电话投诉： 0871—67154367，

信函投诉：官渡区卫生健康局办公室 通讯地址：昆明市官渡区云秀路2898号国投大厦1号楼二楼 邮政编码650200 电话67173050

网站投诉：云南省政务服务网上大厅（<http://www.zwfw.yn.gov.cn>）

**（四）行政复议或行政诉讼**

1.行政诉讼部门

如不服本（行政许可）决定，可在接到本决定书之日起60日内向昆明市卫生健康委员会或官渡区人民政府申请行政复议，或6个月内向官渡区人民法院起诉。

2.行政复议部门：

（1）官渡区司法局 ( 地址：昆明市官渡区云秀路2898号国投大厦1号楼6层，联系电话：（0871）67152522；

（2）昆明市卫生健康委 (地址：昆明市呈贡新区行政中心8号楼4层，联系电话：0871-63170064。

（3）诉讼机关：官渡区人民法院

地址：官渡区雨龙路1619号，联系电话0871-67275888

附件

医疗机构变更办事流程示意图

|  |
| --- |
| 提出申请  审核申请材料  需要补  正材料    符合不予  受理情形  申请材料审核结果  发放《补正材料通知书》  不予受理  材料齐全  材料补正后符合要求  现场审查  现场审查结果    不合格  通知申请人整改  合格  到期不整改或整改不合格    整改合格  整改结果  发放《医疗机构执业许可证》  不予受理 |

图1医疗机构变更办事流程示意图

申请号：



申请日期：

医疗机构申请变更登记注册书

医疗机构: \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

法定代表人: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

主要负责人: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

登记号（医疗机构代码）

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

申请日期： 年 月 日

昆明市官渡区卫生健康局制

填 写 说 明

1.本申请书用于医疗机构执业许可变更申请；

2.填写本申请书前，请认真阅读有关法规、申报指南与受理规定，未按要求提供申报材料的，将不予受理；

3.本申请书封面“医疗”“设置单位”处须加盖单位公章，无公章应附情况说明；

4.填写本申请书须用钢笔、碳素笔或电脑打印，要求书写工整、清楚，文字要完整、简练，不得涂改，空格处以“无”字填写；

5.本申请书“申请许可项目”栏应填写拟申请生产经营范围和产品种类；

6.本申请书一式一份，下载时双面打印。

7.表单下载：输入网址：http://ynzwfw.yn.gov.cn/—进入云南省政务网上服务大厅—切换服务地至昆明市—“网上办事”—选址实施主体“市卫健委”—“选择申请的许可项目”— “办理材料”—“下载”。

**(一)申请变更登记事项**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 项 目 | 原核准登记事项 | 申请变更登记事项 |
| 名 称 |  |  |
| 地 址 |  |  |
| 法定代表人  (主要负责人) |  |  |
| 所有制形式 |  |  |
| 服 务 对 象 |  |  |
| 服 务 方 式 |  |  |
| 注册资金（资本） | 合计： | 合计： |
| 固定资金： | 固定资金： |
| 流动资金： | 流动资金： |
| 诊疗科目 |  |  |
| 床位(牙椅) |  |  |
| 备注: | | |

**（二）提交文件、证件及上级主管部门意见**

|  |  |
| --- | --- |
| 申请变更登记提交文件、证件 |  |
| 申请变更登记理由 | 法定代表人  （主要负责人）签字： 年 月 日 |
| 医疗机构地址：  邮编： 联系人： 联系电话： | |
| **保 证 书**  本人向昆明市官渡区卫生健康局所提供的申报材料真实、合法。如有不实之处，本机构愿意承担相应的法律责任，并负担由此所造成的一切后果。  保证方：法定代表人（签名） 单位（公章） | |
| 上级主管部门签署意见 | 年 月 日 （章） |

**（三）受理、审查、核准医疗机构变更登记**

|  |  |
| --- | --- |
| 受理  人员  意见 | 签字： 年 月 日 |
| 审 查  （调查、  核实）  人 员  意 见 | 签字： 年 月 日 |

核准变更登记事项

|  |  |
| --- | --- |
| 登记号： | |
| 核 准 变 更 后 登 记 事 项 | |
| 名 称 | |
| 地 址 | |
| 法定代表人(主要负责人) | |
| 所有制形式 | |
| 服务对象 | |
| 服务方式 | |
| 注册资金（资本） | |
| 诊疗科目 | |
| 床位(牙椅) | |
| 备注: | |
| 主审人意见 | 签字: 年 月 日 |
| 分管领导意见 | 签字: 年 月 日 |
| 局长核批 | 签字: 年 月 日 |

**（四）**核发《医疗机构执业许可证》及归档、公告情况

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 登 记 号  （医疗机构代码） | | | |
| 核准日期 | | | |
| 领证人签字 |  | 领证日期 |  |
| 联系地址 |  | 电话 |  |
| 发证人签字 |  | 发证日期 |  |
| 登记文件、  证件、资料  归档情况 | 档案管理人员签字: 年 月 日 | | |
| 医疗机构  登记公告  刊登情况  记 录 | 记录人签字: 年 月 日 | | |
| 备 注 |  | | |