

广东省医疗广告审查证明

| | | | |
|---|---|-----------------|-----|
| 医疗机构 第一名称 | 东莞南城银丰口腔门诊部 | | |
| 法定代表人 (主要代表人) | 方子良 | | |
| 拟发布的广告 诊疗科目 | 口腔科※ | | |
| 广告发布 媒体类别 | 报纸 期刊 户外 广播 影视 印刷品 网络 | 广告时长(影 视、声音) | 10秒 |
| 审查结论 | 按照《医疗广告管理办法》(国家工商行政管理总局、卫生部令第26号, 2006年11月10日发布)的有关规定, 经审查, 同意发布该医疗广告(具体内容和形式以经审查同意的广告成品样件为准。) 本医疗广告申请受理号: 19002023900486, 流水号: C2023062816250339 | | |
| 本审查证明有效期: 壹年 (自 2023年 06月 29日 起, 至 2024年 06月 28日 止) | | | |
| 医疗广告审查证明文号: 粤(S)广[2023]第06-29-355号 | | | |

- 注: 1. 本审查证明原件须与《医疗广告成品样件表》审查原件同时使用方具有效力;
2. 本广告审查证明不对网址链接的内容进行审查(注意事项见背面);
3. 网络媒体上发布的内容必须严格遵守《广告法》、《医疗广告管理办法》等有关规定, 不得违规发布禁止的内容。



(背 面)

注 意 事 项

1、本医疗广告审查证明正文内容皆为打印，手写无效。

2、医疗机构必须持《医疗广告审查证明》原件向广告刊播媒介或广告刊播代理单位联系广告刊播事宜。

3、对《医疗广告审查证明》中核定的内容及广告成品样件，广告主、广告经营者、广告发布者不得进行任何改动。医疗广告必须与卫生行政部门审查同意的医疗广告成品样件保持一致。

4、发布医疗广告必须标明医疗机构第一名称和《医疗广告审查证明》文号，且足以辨认。

5、发布户外医疗广告，应按照规定向工商行政部门登记。

6、医疗广告内容需要改动或者医疗机构的执业情况发生变化，与经审查的医疗广告成品样件内容不符的，医疗机构应当重新提出审查申请。

7、医疗广告审查证明文号编号内容依次为：(省、自治区、直辖市简称)(中)医广【批准年份】第(批准月份)-(批准日)-(批准顺序)号。如北京市中医药管理局2007年1月30日批准的第10件《医疗广告审查证明》应标为：(京)中医广【2007】第01-30-10号。

申请受理号 _____

广东省医疗广告审查申请表

申请日期: 2023年6月28日

| | | | |
|----------------|---|-----------------|------------|
| 医疗机构第一名称 | 东莞南城银丰口腔门诊部 | 发证卫生行政部门 | 东莞市卫生健康局 |
| 《医疗机构执业许可证》登记号 | MA52WJY6X44190019D1522 | 法定代表人(主要负责人) | 方子良 |
| | | 身份证号 | [REDACTED] |
| 校验有效期 | 壹年/叁年(自2022年10月10日起,至2023年10月9日止) | | |
| 医疗机构地址 | 广东省东莞市南城街道银丰路10号1栋202室 | | |
| 所有制形式 | 私人 | 医疗机构类别 | 口腔门诊部 |
| 拟发布的广告诊疗科目 | 口腔科 | | |
| 床位数 | 0 | 接诊时间 | 9:00至18:00 |
| 联系电话 | 0769-22666199 | 邮编 | 523000 |
| 发布媒体类别 | <input checked="" type="checkbox"/> 影视 <input checked="" type="checkbox"/> 广播 <input checked="" type="checkbox"/> 报纸 <input checked="" type="checkbox"/> 期刊 | 广告时长 (影视、声音) | 10秒 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 户外 <input checked="" type="checkbox"/> 印刷品 <input checked="" type="checkbox"/> 网络 <input type="checkbox"/> 其他..... | | |
| 提交申请材料目录 | 1、广东省医疗广告申请表1份 | | |
| | 2、广东省医疗广告或成品样件表1份 | | |
| | 3、医疗机构执业许可证正本复印件1份 | | |
| | 4、医疗机构执业许可证副本复印件1份 | | |
| 经办人 | 翟惠贞 | 联系电话(手机) | [REDACTED] |

法定代表人签名: 方子良



2023年6月28日

申请受理号 _____

广东省医疗广告成品样件表

提交日期：2023年6月28日

| | | | | |
|---|---|------------------------|----------|------------------------|
| 医疗机构情况 | 第一名称 | 东莞南城银丰口腔门诊部 | | |
| | 地址 | 广东省东莞市南城街道银丰路10号1栋202室 | | |
| | 机构类别 | 口腔门诊部 | 执业许可证登记号 | MA52WJY6X44190019D1522 |
| | 法定代表人（主要负责人） | 方子良 | 联系电话 | 0769-22666199 |
| 拟发布媒体类别 | <input checked="" type="checkbox"/> 影视 <input checked="" type="checkbox"/> 广播 <input checked="" type="checkbox"/> 报纸 <input checked="" type="checkbox"/> 期刊 <input checked="" type="checkbox"/> 户外 <input checked="" type="checkbox"/> 印刷品 <input checked="" type="checkbox"/> 网络 <input type="checkbox"/> 其它----- | | | |
| 广告成品样件粘贴处： | | | | |
|  <p>医疗广告审查证明号位置</p> <p>东莞南城银丰口腔门诊部</p> <p>诊疗项目：口腔科</p> <p>电话：0769-22666199</p> <p>地址：广东省东莞市南城街道银丰路10号1栋202室</p> <p>(医疗机构盖章)</p> <p>(审查机关盖章)</p> <p>行政许可专用章 (东莞)</p> | | | | |

- 注：
- 1、电视、广播广告应提交镜头脚本和广播文稿。
 - 2、平面广告提供小样，网络广告提供页面样件。
 - 3、医疗广告成品样件需标注广告审查证明文号的位置、形式。
 - 4、申请审查时需提交本文书一式2份，广告样件粘贴处加盖骑缝章。
 - 5、医疗广告成品样件表原件需与《医疗广告审查证明》一并作为审定凭证。

广告成品样件附件：

第 1 秒：



医疗广告审查证明号位置

东莞南城银丰口腔门诊部

诊疗项目：口腔科

电话：0769-22666199

地址：广东省东莞市南城街道银丰路10号1栋202室

第 5 秒：



医疗广告审查证明号位置

东莞南城银丰口腔门诊部

诊疗项目：口腔科

电话：0769-22666199

地址：广东省东莞市南城街道银丰路10号1栋202室

第 10 秒：



医疗广告审查证明号位置

东莞南城银丰口腔门诊部

诊疗项目：口腔科

电话：0769-22666199

地址：广东省东莞市南城街道银丰路10号1栋202室



说明：此画面用于电梯多媒体广告，影视画面以固定画面形式播报，无语音广播，共 10 秒，画面内容与广告成品样件画面一致。



中华人民共和国

医疗机构执业许可证

机构名称 东莞南城银丰口腔门诊部

法定代表人 方子良

地址 广东省东莞市南城街道银丰路10号1栋202室

主要负责人 庄晨锦

诊疗科目 口腔科*****

登记号 MA52WJY6X44190019D1522

有效期限 自 2019 年 09 月 11 日至 2024 年 09 月 11 日

该医疗机构经核准登记，准予执业

中华人民共和国国家卫生健康委员会制

发证机关 东莞市卫生健康局

发证日期 2019 年 09 月 11 日

全国唯一标识码 440081445

医疗机构名称 东莞南城银丰口腔门诊部

地址 广东省东莞市南城街道银丰路10号1栋202室

邮政编码 523000

所有制形式 私人

医疗机构类别 口腔门诊部

诊疗科目 口腔科*****

诊疗科目

服务对象 社会
床位数 0(张) 牙椅 4(张)
注册资金 80(万元)
法定代表人 方子良
主要负责人 庄晨锦

有效期限 自 2019 年 09 月 11 日
至 2024 年 09 月 11 日

登记号 MA52WJY6X44190019D1522



该医疗机构经核准登记，准予执业。

设置单位 东莞银丰口腔门诊部有限公司

发证机关 东莞市卫生健康局

发证日期 2019 年 09 月 11 日



| 校 验 记 录 |
|--|
| 2022 —— 2023 年度校验 |
| 校验日期: 2022 年 10 月 10 日 |
| 校验结果(划√): 合格(√) 暂缓() |
| 暂缓原因:(1) 不符合《医疗机构基本标准》 (2) 评审不合格 (3) 未参加评审 |
| 补 充: |
| <div style="border: 2px solid red; padding: 5px; color: red; font-size: small;"> 注意事项: 1. 你单位应当于2023年9月11日前3个月向校验机构主动提出《医疗机构执业许可证》校验申请,不按规定申请校验的,责令在20日内补办申请校验手续,在期限内仍不申请补办校验手续的,将予以注销《医疗机构执业许可证》。 2. 你单位应当于2022年9月11日前3个月向校验机构主动提出《医疗机构执业许可证》延续换证申请,不按规定申请延续的,责令在20日内补办申请延续手续,在期限内仍不申请补办延续手续的,将予以注销《医疗机构执业许可证》。 </div> |
| 校验机关:  (章) 经办人:  (签名) |

| 校 验 记 录 |
|--|
| 20 —— 20 年度校验 |
| 校验日期: 年 月 日 |
| 校验结果(划√): 合格() 暂缓() |
| 暂缓原因:(1) 不符合《医疗机构基本标准》 (2) 评审不合格 (3) 未参加评审 |
| 补 充: |
| 校验机关: (章) 经办人 (签名) |

变更登记记录

| 日期 | 变更项目 | 变更后情况 | 批准机关 (盖章) | 经办人 |
|----------|---------|----------|---|-----|
| 2021.3.5 | 增加科目 | X线诊断专业 |  | 梁锡波 |
| 2021.6.7 | 主要负责人变更 | 变更为: 方子良 |  | 梁锡波 |

变更登记记录

| 日期 | 变更项目 | 变更后情况 | 批准机关 (盖章) | 经办人 |
|----|------|-------|--------------|-----|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |