

广东省医疗广告审查证明

医疗机构 第一名称	东莞南城恒好汇一城口腔门诊部		
法定代表人 (主要代表人)	陈少望		
拟发布的广告 诊疗科目	不发布诊疗科目相关信息		
广告发布 媒体类别	报纸 期刊 户外 印刷品 网络	广告时长(影 视、声音)	0
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：19002025900176，流水号： C2025031510510059		
本审查证明有效期：壹年（自 2025年 03月 18日 起，至 2026年 03月 17日 止）			
医疗广告审查证明文号： 粤（S）广[2025]第03-18-128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，应按照有关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：2025 年 3 月 15 日

医 疗 机 构 第 一 名 称	东莞南城恒好汇一城口腔门诊部	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	MACWMHAB844190019D1522	法定代表人 (主要负责人)	陈少望
		身份证号	
校验有效期	壹年/叁年 (自 2024 年 10 月 17 日起, 至 2025 年 10 月 16 日止)		
医疗机构地址	东莞市南城街道鸿福路 200 号第一国际财富中心 3 栋 201 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	不发布诊疗科目相关信息		
床 位 数	0 (张)	接诊时间	9:00-21:00
联系电话	0769-23178666	邮 编	523000
发布媒体类别	☐ 影视 ☐ 广播 ☒ 报纸 ☒ 期刊 ☒ 户外 ☒ 印刷品 ☒ 网络 ☐ 其他.....	广告时长 (影视、声音)	0 秒
提交申请 材料目录	1. 广东省医疗广告审查申请表 (一式两份)		
	2. 广东省医疗广告成品样件表 (一式两份)		
	3. 医疗机构许可证 (正本复印件 1 份)		
	4. 医疗机构许可证 (副本复印件 1 份)		
经办人	朱文俊	联系电话(手机)	

法定代表人签名:



申请受理号_____

广东省医疗广告成品样件表

提交日期: 2025 年 03 月 15 日

医 疗 机 构 情 况	第一名称	东莞南城恒好汇一城口腔门诊部		
	地 址	东莞市南城街道鸿福路 200 号第一国际财富中心 3 栋 201 室		
	机构类别	口腔门诊部	执业许可证登记号	MACWMHAB844190019 D1522
	法定代表人(主要负责人)	陈少望	联系电话	
拟发布媒体类别		☐ 影视 ☐ 广播 ☒ 报纸 ☒ 期刊 ☒ 户外 ☒ 印刷品 ☒ 网络 ☐ 其它-----		

广告成品样件粘贴处:

医疗广告审查证明编号位置

东莞南城

恒好汇一城口腔门诊部

 0769-**2317 8666**

东莞市南城街道鸿福路200号第一国际财富中心3栋201室

  

(医疗机构盖章) (审查机关盖章) 行政许可专用章 (东莞)

- 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。



中华人民共和国

医疗机构执业许可证

机构名称 东莞南城恒好汇一城口腔门诊部

法定代表人 陈少望

地址 东莞市南城街道鸿福路200号第一国际财富中心3栋201室

主要负责人 王一鸣

诊疗科目 口腔科*****

登记号 MACWMHAB844190019D1522

有效期限 自 2023 年 10 月 09 日至 2028 年 10 月 09 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 2023 年 10 月 09 日



全国唯一标识码 440104391

医疗机构名称 东莞南城恒好汇一城口腔门诊部

地址 东莞市南城街道鸿福路200号第一
国际财富中心3栋201室

邮政编码 523000

所有制形式 私人

医疗机构类别 口腔门诊部

经营性质 营利性

服务对象 社会

床位 位 0 (张) 牙椅 11 (张)

注册资金 300(万元)

法定代表人 陈少望

主要负责人 王一鸣

有效期限 自 2023 年 10 月 09 日
至 2028 年 10 月 09 日

登记号 MACWMHAB84419001901522

该医疗机构经核准登记,准予执业。

设置单位 东莞市恒好汇一城口腔门诊有限公司

发证机关

东莞市卫生健康局

发证日期 2023 年 10 月 09 日

口腔科



科目

校 验 记 录

2024——2025 年度校验

校验日期: 2024 年 10 月 17 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:

注意: 1. 你单位应当于 2025 年 10 月 9 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。未按规定申请校验的, 责令在 20 日内补办申请校验手续。在限期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 2024 年 10 月 9 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。未按规定申请延续的, 责令在 20 日内补办申请延续手续。在限期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》。

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)