

广东省医疗广告审查证明

医疗机构 第一名称	东莞南城美合诚口腔门诊部		
法定代表人 (主要代表人)	胡慧湘		
拟发布的广告 诊疗科目	口腔科		
广告发布 媒体类别	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：19002025900402，流水号： C2025060409580147		
本审查证明有效期：壹年（自 2025年 06月 09日 起，至 2026年 06月 08日 止）			
医疗广告审查证明文号： 粤（S）广[2025]第06-09-289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:2025 年 6 月 4 日

医疗机构 第一名称	东莞南城美合诚口腔门诊部	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	MAE6N30B144190019D1522	法定代表人 (主要负责人)	胡慧湘
		身份证号	
校验有效期	壹年/叁年(自 2025 年 5 月 21 日起, 至 2026 年 5 月 20 日止)		
医疗机构地址	东莞市南城街道东骏路南城段 15 号 104 室		
所有制形式	私有	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: 00-18: 00
联系电话		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.广东省医疗广告申请表(一式二份)		
	2.广东省医疗广告成品样件表(一式二份)		
	3.医疗机关许可证(正本复印件一份)		
	4.医疗机关许可证(副本复印件一份)		
经办人	胡慧湘	联系电话(手 机)	

法定代表人签名: 胡慧湘



医疗机构(盖章)

2025 年 6 月 4 日

申请受理号 _____

广东省医疗广告成品样件表

提交日期:2025 年 6 月 4 日

医 疗 机 构 情 况	第一名称	东莞南城美合诚口腔门诊部		
	地 址	东莞市南城街道东骏路南城段 15 号 104 室		
	机构类别	口腔门诊部	执业许可证登记号	MAE6N30B144190019D 1522
	法定代表人（主要负责人）	胡慧湘	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:

广告审查证明文号:

店名: 东莞南城美合诚口腔门诊部

电话: 13377758885

地址: 东莞市南城街道东骏路南城段 15 号 104 室



- 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 东莞南城美合诚口腔门诊部
地址 东莞市南城街道东骏路南城段15号104室
诊疗科目 口腔科*****

法定代表人 胡慧湘
主要负责人 张云龙
登记号 MAE6N30B144190019D1522

有效期限 自 2025 年 05 月 21 日至 2030 年 05 月 21 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

2025 05 21



全国唯一标识码 440116468

医疗机构名称 东莞南城美合诚口腔门诊部

地址 东莞市南城街道东骏路南城段15号104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*****

服务对象 社会
床位 0 (张)
牙椅 4 (张)

注册资金 100(万元)

法定代表人 胡慧湘

主要负责人 张云龙

有效期限 自 2025 年 05 月 21 日

至 2030 年 05 月 21 日

登记号 MAE6N30B14419087D1522

该医疗机构经核准登记,准予执业

设置单位 东莞市南城美合诚口腔门诊部有限公司

发证机关

发证日期

东莞市卫生健康局

21 日



诊疗科目