

广东省医疗广告审查证明

医疗机构 第一名称	东莞东城下桥爱雅健口腔门诊部		
法定代表人 (主要代表人)	林花英		
拟发布的广告 诊疗科目	口腔科/X线诊断专业*****		
广告发布 媒体类别	报纸 期刊 户外 影视 印 刷品 网络	广告时长(影 视、声音)	15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: 19002025900564, 流水号: C2025081914170564		
本审查证明有效期: 壹年 (自 2025年 08月 25日 起, 至 2026年 08月 24日 止)			
医疗广告审查证明文号: 粤(S)广[2025]第08-25-428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8月14日

医疗机构第一名称	东莞东城下桥爱雅健口腔门诊部	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	MA7L45CG144190019D1522	法定代表人(主要负责人)	林花英
		身份证号	
校验有效期	壹年/叁年(自2025年4月28日起,至2026年4月27日止)		
医疗机构地址	广东省东莞市东城街道银珠街2号之一301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/X线诊断专业*****		
床位数	0(张)	接诊时间	8:00-21:00
联系电话		邮编	523000
发布媒体类别	<input checked="" type="checkbox"/> 影视 <input 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_____	广告时长(影视、声音)	15秒
提交申请材料目录	1.广东省医疗广告审查申请表		
	2.广东省医疗广告成品样件表		
	3.医疗机构执业许可证正、副本		
经办人	刘小姐	联系电话(手机)	

法定代表人签名:

林花英



2025年8月14日

(注:填报医疗广告审查申请表时应一并填报医疗广告成品样件表)

申请受理号

广东省医疗广告成品样件表

申请日期：2025年8月14日

医疗 机构 情况	第一名称	东莞东城下桥爱雅健口腔门诊部		
	地 址	广东省东莞市东城街道银珠街2号之一301室		
	机构类别	口腔门诊部	执业许可证登记号	MA7L45CG144190019D1522
	法定代表人(主要负责人)	林花英	联系电话	
拟发布媒体类别	<input checked="" type="checkbox"/> 影视 <input 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： 以下空白 见附图				
		 (医疗机构盖章)		 (审查机关盖章)

- 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。

广告样件附件:

1、报纸、期刊、户外、印刷品、网络



医疗广告审查证明文号: 粤 (X)广XXXXX第XX-XX-XXX号

东莞东城下桥爱雅健口腔门诊部

诊疗科目:口腔科 /X线诊断专业*****

地址: 广东省东莞市东城街道银珠街2号之一301室
电话: 0769/22089399 18665143999



医疗广告审查证明文号: 粤 (X)广XXXXX第XX-XX-XXX号

东莞东城下桥爱雅健口腔门诊部

诊疗科目:口腔科 /X线诊断专业*****

地址: 广东省东莞市东城街道银珠街2号之一301室
电话: 0769/22089399 18665143999

2、影视广告脚本

	画面阐述	字幕	配音	音乐	时长
1	<p>医疗广告审查证明文号：粤 (X)广XXXXX第XX-XX-XXX号</p> <p>东莞东城下桥爱雅健口腔门诊部</p> <p>诊疗科目：口腔科 / X线诊断专业*****</p> <p>地址：广东省东莞市东城街道银珠街2号之一301室 电话：0769/22089399 18665143999</p> 	<p>东莞东城下桥爱雅健口腔门诊部</p> <p>诊疗科目：口腔科/X线诊断专业*****</p> <p>医疗广告审查证明文号：粤 (X)广XXXXX第XX-XX-XXX号</p>	<p>地址：广东省东莞市东城街道银珠街2号之一301室</p> <p>电话：0769/22089399 18665143999</p> 		7s
2	<p>医疗广告审查证明文号：粤 (X)广XXXXX第XX-XX-XXX号</p> <p>东莞东城下桥爱雅健口腔门诊部</p> <p>诊疗科目：口腔科 / X线诊断专业*****</p> <p>地址：广东省东莞市东城街道银珠街2号之一301室 电话：0769/22089399 18665143999</p> 	<p>东莞东城下桥爱雅健口腔门诊部</p> <p>诊疗科目：口腔科/X线诊断专业*****</p> <p>医疗广告审查证明文号：粤 (X)广XXXXX第XX-XX-XXX号</p>	<p>地址：广东省东莞市东城街道银珠街2号之一301室</p> <p>电话：0769/22089399 18665143</p>	轻快、愉悦	8s

附镜头 1 清晰图:

医疗广告审查证明文号: 粤 (X)广XXXXX第XX-XX-XXX号

东莞东城下桥爱雅健口腔门诊部

诊疗科目:口腔科 /X线诊断专业*****

地址: 广东省东莞市东城街道银珠街2号之一301室
电话: 0769/22089399 18665143999



附镜头 2 清晰图:



医疗广告审查证明文号: 粤 (X)广XXXXX第XX-XX-XXX号

东莞东城下桥爱雅健口腔门诊部

诊疗科目:口腔科 /X线诊断专业*****

地址: 广东省东莞市东城街道银珠街2号之一301室
电话: 0769/22089399 18665143999



医疗机构执业许可证

机构名称： 东莞东城下桥爱雅健口腔
门诊部

登记号： MA7L45CG144190019D1522

地址： 广东省东莞市东城街道银珠街2号之
一301室

法定代表人： 林花英

主要负责人： 骆婵娟

有效期限：
2022年05月19日 至 2027年05月18日

诊疗科目：
口腔科 /X线诊断专业*****

复印件与原件一致

林花英 2025.8.14



签发机关 东莞市东城街道卫生健康局

签发日期 2024年09月05日

全国唯一标识码 440095103

医疗机构名称 东莞东城下桥爱雅健口腔门诊部

地址 广东省东莞市东城街道银珠街2号之一301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



复印件与原件一致

林花英 2025.8.14

服务对象 社会
床位 0 (张)
牙椅 7 (张)

注册资金 120(万元)

法定代表人 林花英

主要负责人 骆婵娟

有效期限 自 2022 年 05 月 19 日
至 2027 年 05 月 18 日

登记号 MA7L45CG14419001901522

该医疗机构经核准登记, 准予执业

设置单位 东莞东城下桥爱雅健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 2022 年 05 月 19 日



校 验 记 录

2024 —— 20 25 年度校验

校验日期: 2025 年 4 月 28 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 李婉玲 (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)

复印件与原件一致

2025.8.14

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
2024.9.4	变更涉疫科目	涉疫科目: 口		卡楠玲

复印件与原件一致



林好英 2025.8.14

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