

广东省医疗广告审查证明

医疗机构 第一名称	东莞沙田横流天使口腔诊所		
法定代表人 (主要代表人)	古剑光		
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：19002025900762，流水号： C2025110712260301		
本审查证明有效期：壹年（自 2025年 11月 10日 起，至 2026年 11月 09日 止）			
医疗广告审查证明文号： 粤（S）广[2025]第11-10-578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 11 月 7 日

医 疗 机 构 第 一 名 称	东莞沙田横流天使口腔诊所	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	MAEH80LR644190015D2202	法定代表人 (主要负责人)	古剑光		
		身 份 证 号			
校验有效期	壹年/叁年 (自 2025 年 9 月 17 日起, 至 2026 年 9 月 16 日止)				
医疗机构地址	东莞市沙田镇横流南路 93 号 101 室				
所有制形式	私有	医疗机构类别	口腔诊所		
拟发布的广告 诊疗科目	口腔科				
床 位 数	0	接诊时间	8: 30-21: 30		
联系电话		邮 编	523000		
发布媒体类别	☐ 影视 ☐ 广播 ☐ 报纸 ☐ 期刊	广告时长 (影视、声音)	0 秒		
	☐ 户外 ☐ 印刷品 ☒ 网络 ☐ 其他.....				
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	古剑光	联系电话 (手 机)			

法定代表人签名: 古剑光



2025 年 11 月 7 日

申请受理号_____

广东省医疗广告成品样件表

提交日期:2025 年 11 月 7 日

医 疗 机 构 情 况	第一名称	东莞沙田横流天使口腔诊所		
	地 址	东莞市沙田镇横流南路 93 号 101 室		
	机构类别	口腔诊所	执业许可证登记号	MAEH80LR644190015D22 02
	法定代表人（主要负责人）	古剑光	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: 东莞沙田横流天使口腔诊所				
电话: 13642985946				
地址: 东莞市沙田镇横流南路 93 号 101 室				
(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。

诊所备案凭证

名称 东莞沙田横流天使口腔诊所
地址 东莞市沙田镇横流南路 93 号 101 室
法定代表人 古剑光
主要负责人 吕王芳
诊疗科目 口腔科*****
服务方式 门诊服务
备案编号 MAEH80LR644190015D2202
所有制形式 私人
经营性质 营利性



NO 00031739 (防伪)

东莞市卫生健康局

备案机关

备案日期



2025(年)09月17日