

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射线诊断专业*****		
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：19002026900556，流水号： C2026080509000086		
本审查证明有效期：壹年（自 2026年 08月 10日 起，至 2027年 08月 09日 止）			
医疗广告审查证明文号： 粤（S）广[2026]第08-10-434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，不得发布禁止的内容。



申请受理号

广东省医疗广告成品样件表

申请日期：2026 年 8 月 5 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		☒ 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： 以下空白 见附图				



- 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。

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射线诊断专业*****

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

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射线诊断专业*****

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



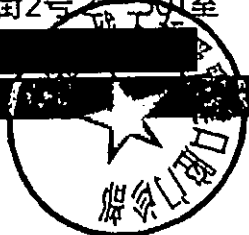
附镜头 1 清晰图:

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射线诊断专业*****

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



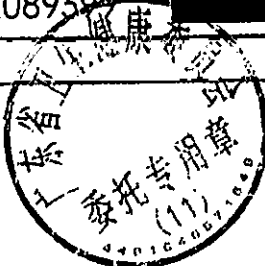
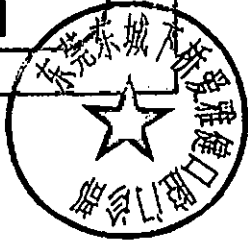
附镜头 2 清晰图:

医疗广告审查证明文号: 粤 (X) 广XXXXX第XX-XX-XXX号

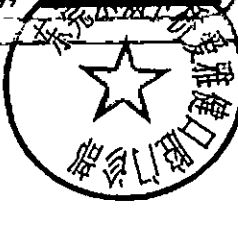
东莞东城下桥爱雅健口腔门诊部

诊疗科目: 口腔科 / X射线诊断专业*****

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



2、影视广告脚本

	画面阐述	字幕	配音	音乐	时长
1	医疗广告审查证明文号：粤(02)广XXXX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射线诊断专业***** 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 	东莞东城 下桥爱雅 健口腔门 诊部 诊疗科目： 口腔科/X 射线诊断 专业 ***** 医疗广告 审查证明 文号：粤 (X)广 XXXX第 XX-XX-XXX 号	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 	轻快、愉悦	7s
2	东莞东城下桥爱雅健口腔门诊部 诊疗科目：口腔科 / X射线诊断专业***** 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 	东莞东城 下桥爱雅 健口腔门 诊部 诊疗科目： 口腔科/X 射线诊断 专业 ***** 医疗广告 审查证明 文号：粤 (X)广 XXXX第 XX-XX-XXX 号	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 		8s

