|  |
| --- |
| 受理编号：豫卫浆站申( )第 号受理日期： 年 月 日 |

**单采血浆站执业登记申请书**

申请单位： （盖章）

法定代表人： （签字）

河南省卫生健康委员会制

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请单位信息 | 名 称 |  | 机构代码 |  |
| 地 址 |  | 电 话 |  |
| 违法采集血浆或擅自调用血浆行为 | **□**有 **□**无 | 传 真 |  |
| 生产的血液制品品种 |  |
| 拟登记单采血浆站信息 | 名 称 |  | 所有制形式 |  |
| 地 址 |  |
| 电 话 |  | 邮政编码 |  |
| 法定代表人 |  | 主要负责人 |  |
| 业务项目 |  | 采血浆区域 |  |
| 投资总额 |  | 注册资金 |  |
| 需提交的材料清单：1、《单采血浆站执业登记申请书》；2、单采血浆站设置批准书复印件；3、单采血浆站竣工、环保、消防验收意见；4、单采血浆站建筑设计平面图；5、单采血浆站规章制度；6、单采血浆站的法定代表人及其主要负责人的专业履历和身份证复印件；7、单采血浆站从业人员名单；8、单采血浆站用房的房屋产权证明或者使用权证明复印件；9、单采血浆站市、县两级卫生健康行政部门技术审查报告。注：非法定代表人或主要负责人办理的，单位需出具委托函（样式附后）。 |

**人员结构情况**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **项目** | **单位** | **数量（现状）** |
| 人员情况 | 现有职工总人数 | 人 |  |
| 离退休人数 | 人 |  |
| 在职行政管理人员数 | 人 |  |
| 在职工人数 | 人 |  |
| 临时工（编外人员）数  | 人 |  |
| 卫生技术人员数 | 人 |  |
| 卫生技术人员占职工总数比例 | % |  |
| 取得执业上岗证职工人数 | 人 |  |
| 卫技专业结构 | 临床医学专业 | 人 |  |
| 预防医学专业 | 人 |  |
| 护理专业 | 人 |  |
| 检验专业 | 人 |  |
| 其他 | 人 |  |
| 卫技职称结构 | 高级 | 人 |  |
| 中级 | 人 |  |
| 初级 | 人 |  |
| 无职称 | 人 |  |
| 卫技学历结构 | 研究生 | 人 |  |
| 大学本科 | 人 |  |
| 大学专科 | 人 |  |
| 中专 | 人 |  |
| 无学历 | 人 |  |
| 卫技年龄结构 | 55岁以上 | 人 |  |
| 45—54岁 | 人 |  |
| 35—44岁 | 人 |  |
| 25—34岁 | 人 |  |
| 25岁以下 | 人 |  |
|  负责人情况 |  | 正职 | 副职 |
| 1 | 2 | 3 |
| 从事采供血工作年限 |  |  |  |  |
| 专业技术职称 |  |  |  |  |
| 学历 |  |  |  |  |
| 参加省级以上专业培训（有或无） |  |  |  |  |
| 检验质控科负责人情况 |  | 检验科 | 质控科 |
| 从事检验工作年限 |  |  |
| 专业技术职称 |  |  |
| 学历 |  |  |
| 参加省级以上专业培训（有或无） |  |  |

**建筑设施情况**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **项目** | **单位** | **数量（现状）** |
| 占地总面积 | 亩/M2 |  |
| 房屋建筑面积 | 建筑总面积 | M2 |  |
| 其中：行政用房面积 | M2 |  |
| 业务用房面积 | M2 |  |
| 生活用房面积 | M2 |  |
| 业务用房建筑面积 | 业务用房面积 | M2 |  |
| 其中：血源登记 | M2 |  |
| 候采 | M2 |  |
| 体检 | M2 |  |
| 采浆 | M2 |  |
| 检验 | M2 |  |
| 质控 | M2 |  |
| 储浆 | M2 |  |
| 消毒供应 | M2 |  |
| 急救 | M2 |  |
| 其他 | M2 |  |
| 每台采浆机净使用面积 | M2 |  |
| 污物处理设施 | 污水处理设施 | 有/无 |  |
| 污物处理设施 | 有/无 |  |
| 一次性医用品消毒毁形设施 | 有/无 |  |
| 供电消防安全设施 | 双路供电设施 | 有/无 |  |
| 应急发电设施 | 有/无 |  |
| 消防设施 | 有/无 |  |
| 紧急疏散通道与标志 | 有/无 |  |

**仪器设备情况**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **名称（型号）** | **数量** | **名称（型号）** | **数量** |
| 采浆机 |  | 体重磅称 |  |
| 酶标仪 |  | 血压计 |  |
| 洗板机 |  | 听诊器 |  |
| 打印机 |  | 烤箱 |  |
| 显微镜 |  | 微量加样器 |  |
| 微型旋转机 |  | 高频热合机 |  |
| 水浴箱 |  | 蛋白折射仪 |  |
| 微量振荡器 |  | 电子秤 |  |
| 分光光度计 |  | 计算机 |  |
| PH测定计 |  | 洁净工作台 |  |
| 恒温培养箱 |  | 低温冰柜（-20℃以下） |  |
| 液体天平（韦氏比重计） |  | 普通冰箱 |  |
| 恒温干燥箱 |  | 冷库 |  |
| 针头熔毁器 |  | 血浆速冻设备 |  |
| 三氧消毒机 |  | 高压灭菌设备 |  |
| 紫外线消毒机 |  | 污水处理设施 |  |
| 低速离心机 |  |  |  |
| 分析天平 |  |  |  |

注：未列出的设备请填写在空白栏内

**审核意见**

|  |  |
| --- | --- |
| 县级卫生行政部门意见 | 负责人签字： （公章） 年 月 日 |
| 市级卫生健康行政部门意见 | 负责人签字： （公章） 年 月 日 |
| 行政许可申 请 人 | 承诺：以上提交材料真实合法有效，并对申请材料实质内容的真实性负责。如有虚假，愿意承担相应的法律责任。医疗机构（公章）： 法定代表人（签字）： 年 月 日 |
| 行政许可受理机关 | 承办人：年 月 日 |

（非法定代表人或主要负责人办理时提供）

**行政许可申请授权委托书**

兹授权委托 （身份证号： ）代理我单位 申请及证件签收相关事宜。

本委托书有效期至该行政许可事项办结。

代理人身份证复印件粘贴处

委托单位（签章）：

委托人（签名）：

代理人（签名）：

年 月 日