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

**单采血浆站执业延续申请书**

申请单位： （盖章）

法定代表人： （签字）

河南省卫生健康委员会制

**基本情况**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 设置单位信息 | 名 称 |  | | 机构代码 | |  | | |
| 地 址 |  | | 电 话 | |  | | |
| 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 | |  | |
| 原许可证号 | |  | | 原许可有效期 | |  | |
| 需提交的材料清单：  1、《单采血浆许可证延续申请书》；  2、《单采血浆许可证》原件和复印件；  3、执业期间运行情况报告；  4、技术机构根据《单采血浆站质量管理规范》出具的技术审查报告；  5、各级卫生健康行政部门监督检查的意见及整改情况。  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**

|  |  |
| --- | --- |
| 县级卫生健康行政部门意见 | 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