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

**血站再次执业登记申请书**

血站名称： （盖章）

法定代表人： （签字）

组织机构代码：

河南省卫生健康委员会制

**填 表 说 明**

1、血站再次执业登记每三年进行一次,本表作为血站申请再次执业登记基础资料表，须在《血站执业许可证》有效期满前三个月，由血站填写，经当地卫生行政部门审核后，向原发证机关申请再次执业登记。请如实填写，切勿缺项。

2、所填写数据均以上一年度数据为准；所使用的试剂、采血器材等生产厂家以上一年度采购为准。

**血站基本情况**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 血站名称： | | | | | 成立日期 年 月 | | | |
| 主管单位名称： | | | | | | | | |
| 血站地址： | | | | | | | 邮政编码： | |
| 联系人： | | | 电 话： | | | 传 真： | | |
| 组织机构代码： | | | | | | | | |
| 原执业许可证号： | | | | | | | | |
| 原执业许可证有效期： 年 月 日 至 年 月 日 | | | | | | | | |
| 所有制形式： □全民 □集体 | | | | | | | | |
| 经费来源： □财政全额拨款 □财政差额拨款 □自收自支 □其他： | | | | | | | | |
| 类别： □血液中心 □中心血站 □中心血库 | | | | | | | | |
| 采供血范围： | | | | | | | | |
| 采供血主要项目： □血液采集与制备 □临床用血供应 □血液检测 | | | | | | | | |
| 其他业务项目： □无偿献血者招募 □业务培训与指导 □血液相关科研工作  □集中化检测 | | | | | | | | |
| 法  定  代  表  人 | 姓　名 |  | | 性　别 | | | |  |
| 出生年月 |  | | 专　业 | | | |  |
| 职　务 |  | | 职　称 | | | |  |
| 最高学历 |  | |  | | | |  |
| 注册资金： 万元 | | | | | | | | |
| 需提交的材料清单：  1、《血站再次执业登记申请书》；  2、《血站执业许可证》正本副本原件；  3、事业单位法人证书（复印件）；  4、房屋产权或使用权证明（复印件）；  5、省辖市卫生健康行政部门技术审查报告；  6、血站规章制度。  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） | | | |
| 编委批准编制人数 | | | 人 |  | | | |
| 人员情况 | 现有职工总人数 | | 人 |  | | | |
| 在职行政管理人员数 | | 人 |  | | | |
| 在职工人数 | | 人 |  | | | |
| 编外人员数 | | 人 |  | | | |
| 离退休人数 | | 人 |  | | | |
| 卫生技术人员数 | | 人 |  | | | |
| 卫生技术人员占职工总数比例 | | % |  | | | |
| 其他专业技术人员数 | | 人 |  | | | |
| 取得采供血机构从业人员岗位培训证书职工人数 | | 人 |  | | | |
| 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 |  | | | |
| 输血专业 | | 人 |  | | | |
| 其他 | | 人 |  | | | |
| 职称结构 | 高级 | | 人 |  | | | |
| 中级 | | 人 |  | | | |
| 初级 | | 人 |  | | | |
| 无职称 | | 人 |  | | | |
| 学历结构 | 研究生（含在职） | | 人 |  | | | |
| 大学本科 | | 人 |  | | | |
| 大学专科 | | 人 |  | | | |
| 中专 | | 人 |  | | | |
| 中专以下 | | 人 |  | | | |
| 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 | 4 |
| 从事采供血工作年限 |  |  | |  |  |  |
| 专业技术职称 |  |  | |  |  |  |
| 学历 |  |  | |  |  |  |
| 是否取得岗位培训合格证 |  |  | |  |  |  |
| 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 |  | | |  | | |
| 是否取得岗位培训合格证 |  | | |  | | |

**建筑设施情况**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项 目 | | 单位 | 数量（现状） |
| 占地总面积 | | M2 |  |
| 房屋建筑面积 | 建筑总面积 | M2 |  |
| 行政用房面积 | M2 |  |
| 业务用房面积 | M2 |  |
| 其中：血源登记 | M2 |  |
| 献血者接待 | M2 |  |
| 体检 | M2 |  |
| 采血 | M2 |  |
| 成分 | M2 |  |
| 检验 | M2 |  |
| 质控 | M2 |  |
| 储血、发血 | M2 |  |
| 其他 | M2 |  |
| 污物处理设施 | 污水处理设施 | 有/无 |  |
| 污物处理设施 | 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 |  |

**主要仪器设备情况**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名称（型号） | 数量 | 名称（型号） | 数量 |
| 储血专用冰箱或冷库（4℃） |  | 高压蒸气灭菌器 |  |
| 低温冰箱或冷库（-20℃以下） |  | 血细胞计数仪 |  |
| ≤—80℃冰箱 |  | 微生物培养仪 |  |
| 血小板振荡仪 |  | 血凝仪 |  |
| 血浆速冻机 |  | 紫外线强度测定仪 |  |
| 血液运输箱（含冷源） |  | 微粒测定仪 |  |
| 血液运输箱（不含冷源） |  | 风速测定仪 |  |
| 血细胞分离机 |  | 离心机转速测定仪 |  |
| 采血计量仪 |  | 测温仪 |  |
| 热合机 |  | 紫外分光光度计 |  |
| 急救箱 |  | 酸度计 |  |
| 大容量低温离心机 |  | 分析天平 |  |
| 红血细胞处理系统 |  | 电子天平 |  |
| 全血成分分离仪 |  | 工作间消毒设备 |  |
| 恒温水浴箱 |  | 送血车 |  |
| 自动水浴箱 |  | 采血车 |  |
| 低温水浴箱 |  | 血站管理系统软件(套) |  |
| 无菌接管机 |  | 网络管理服务器(台) |  |
| 病毒灭活柜 |  | 网络管理电脑(台) |  |
| 血液辐照仪 |  |  |  |
| 全自动酶联检测系统(套) |  |  |  |
| 全自动血型仪 |  |  |  |
| 生化分析仪 |  |  |  |
| 试剂专用冰柜（箱） |  |  |  |
| 酶标仪 |  |  |  |
| 洗板机 |  |  |  |
| 恒温箱 |  |  |  |
| 离心机 |  |  |  |

注：请按照实际情况填写，未列出的设备填写在空白栏内。

**上一年度业务工作概况**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 血液  采集  情况 | 采集血液总量 （U） | | 采集全血量  （U） | | | | 单采血小板量  （治疗量） | | | | 是否全部来源无偿献血 | | | |
|  | |  | | | |  | | | |  | | | |
| 血液  供应  情况 | 临床用血总数 （U） | | 临床用全血  （U） | | | | 临床成分血  （U） | | | | 其中制备成分用全血量（U） | | | |
|  | |  | | | |  | | | |  | | | |
| 血液  检测  情况 | 检测标本总数（人次） | | | | 检测合格数（人次） | | | | 检测不合格数（人次） | | | | | |
|  | | | |  | | | |  | | | | | |
| 其中检测不合格情况（人次） | | | | | | | | | | | | | |
| ALT | HBsAg | | HIV-Ab | | HCV-Ab | | 梅毒 | | NAT | | | | 其他 |
|  |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |
| 试剂  使用  情况 | 试剂名称 | HBsAg | | 抗-HIV | | 抗-HCV | | 梅毒 | | ALT | | | NAT | |
| 购进人份 |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |
| 消耗人份 |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |
| 库存人份 |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |
| 生产厂家 |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |
| 业务  收支  情况 | 总收入（万元）： | | | | | | 总支出（万元）： | | | | | | | |
| 其中：财政拨款： | | | | | | 其中：人员工资福利： | | | | | | | |
| 事业收入： | | | | | | 事业支出： | | | | | | | |
| 无偿献血报销情况 | 报销： 人次 | | | | | | 报销金额： 元 | | | | | | | |
| 是否按照河南省无偿献血相关人临床用血报销标准报销 | | | | | | | | | | |  | | |

**血站分支机构、固定采血屋、采血车情况**

血站分支机构

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 名 称 | 地 址 | 面 积 | 开展项目 | 电 话 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

固定采血屋

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 名 称 | 地 址 | 面 积 | 开展项目 | 电 话 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

采血车

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 车辆所属单位 | 厂牌型号 | 车辆类型 | 车辆号牌 | 面 积 | 开展项目 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

注：无车辆牌号的填写发动机编号。

**血站与辖区内医疗机构联网情况**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 医疗机构名称 | 是否联网 | 数据是否完整 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

备注：该表格需填报的单位包括辖区内医疗机构、供血库及辖区外签订供血合同的医疗机构。

**血站从业人员登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 出生年月 | 所在科室 | 专业 | 学历 | 技术职称 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**承诺书和审核意见**

|  |  |
| --- | --- |
| **承 诺 书**  本申请书中所申报的内容和所附资料均真实、合法。如有不实之处，我单位愿负相应法律责任，并承担由此造成的一切后果。  法定代表人（签字）: （单位盖章）  年 月 日 | |
| 市级卫生健康行政部门意见 | 负责人签字： （盖章）  年 月 日 |
| 行政许可  受理机关 | 承办人：  年 月 日 |

**核准登记事项**

（本表格由审批机关填写）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 登记号： | | | | |
| 血站名称： | | | | |
| 血站类别 | |  | 地址 |  |
| 所有制形式 | |  | 注册资金 |  |
| 占地面积 | |  | 建筑面积 |  |
| 法定代表人  （主要负责人） | |  | 采供血范围 |  |
| 主要业务项目 |  |
| 其他业务项目 | |  | | |
| 分  支  机  构 |  | | | |
| 固  定  采  血  点 |  | | | |
| 流  动  采  血  车 |  | | | |
| 执业许可证号： 字[ ]第 号  许可证期限： 年 月 日至 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