|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **附件1**  **成都市全民健康信息平台机构接入表** | | | | |
| **机构名称** | ***成都市xx区xx诊所*** | | | |
| **审批/备案单位** | ***成华区卫健局*** | | | |
| **机构具体地址** | ***成都市成华区青龙场致强环街xx号*** | | | |
| **社会统一信用代码** | ***1251010845079115xxx*** | **卫生机构类别** | | ***医院、乡镇卫生院、诊所等*** |
| **经济类型** | **国有全资，集体所有…** | | | |
| **主办单位** | **□**卫生行政部门 **□**其他行政部门 **□**企业 **□**事业单位 **□**社会团体**□**其他社会组织 **□**个人 | | | |
| **机构等级** | **□**三级 **□**二级  **□**一级 **□**未定级 | **机构等次** | | **□**甲等 **□**乙等  **□**未定 |
| **经营范围** | ***诊疗科目*** | | | |
| **接入机构负责人姓名** | ***张x*** | **接入机构负责人电话** | | ***1234567892*** |
| **医院HIS系统承建厂商名称** | ***某xxxxx*** | **厂商技术联系人及联系电话** | | ***张xx***  ***139xxxxxxxx*** |
| **审批/备案单位**  **确认：** | **确认该备案机构信息准确无误。**  **经办人签字：** | | | |
| **承办单位确认接入办理已完成**  经办人签字：  日期： | | | **区域信息平台管理员确认接入办理已完结**  平台管理员签字：  平台管理机构（公章）： 日期： | |