|  |
| --- |
| **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： |