**申请受理号**

**浙江省中医医疗广告审查申请表**

申请日期： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医 疗 机 构第 一 名 称 |  | 发 证 卫 生行 政 部 门 |  |
| 《医疗机构执业许可证》登记号 |  | 法 定 代 表 人（主要负责人） |  |
| 身 份 证 号 |  |
| 校验有效期 | 壹年/叁年（自 年 月 日起，至 年 月 日止） |
| 医疗机构地址 |  |
| 所有制形式 |  | 医疗机构类别 |  |
| 诊疗科目 |  |
| 床 位 数 |  | 接诊时间 |  |
| 联系电话 |  | 邮 编 |  |
| 发布媒体类别 | □影视 □广播 □报纸 □期刊□户外 □印刷品 □网络□其他  | 广告时长（影视、声音） |  秒 |
| 经办人 |  | 身份证号 |  |

法定代表人签名： 医疗机构（盖章）

 年 月 日

注：填报浙江省中医医疗广告审查申请表时应一并填报浙江省中医医疗广告成品样件表