附件1

内蒙古自治区医疗广告审查办事指南

一、事项名称：医疗广告审查

二、实施主体：自治区卫生健康委

三、事项类型：行政许可

四、办件类型：承诺件

五、服务对象：事业法人、企业法人、社会组织法人

六、办理形式：窗口办理,网上办理。

七、行使层级：自治区级、盟市级

八、受理条件

《医疗广告管理办法》第六条 医疗广告的表现形式不得含有下列内容：

（一）表示功效、安全性的断言或者保证；

（二）说明治愈率或者有效率；

（三）与其他药品、医疗器械的功效和安全性或者其他医疗机构比较；

（四）利用广告代言人作推荐、证明；

（五）涉及医疗技术、诊疗方法、疾病名称、药物的；

（六）淫秽、迷信、荒诞的；

（七）使用解放军和武警部队名义的；

（八）利用患者、卫生技术人员、医学教育科研机构及人员以及其他社会社团、组织的名义、形象作证明的。

九、设定依据

《中华人民共和国广告法》（1994年10月27日主席令第三十四号，2015年4月24日予以修改）第四十六条：发布医疗、药品、医疗器械、农药、兽药和保健食品广告，以及法律、行政法规规定应当进行审查的其他广告，应当在发布前由有关部门（以下称广告审查机关）对广告内容进行审查；未经审查，不得发布。

《医疗广告管理办法》第三条：医疗机构发布医疗广告，应当在发布前申请医疗广告审查。未取得《医疗广告审查证明》，不得发布医疗广告。第四条：工商行政管理机关负责医疗广告的监督管理。卫生行政部门、中医药管理部门负责医疗广告的审查，并对医疗机构进行监督管理。第五条：非医疗机构不得发布医疗广告，医疗机构不得以内部科室名义发布医疗广告。

十、办理流程：受理→审查→决定→送达

1.受理：对申请材料齐全，且符合法律法规规定的，依法予以受理；对申请材料不齐全或者不符合规定形式的，一次性告知需要补正的材料；不符合受理要求的，向申请单位出具申请不予受理通知书，通知书应写明不予受理的理由。

2.审核：卫生健康行政部门对医疗广告成品样件内容进行审查，需请有关专家进行审查的，可延长10日。审查《医疗广告审查申请表》是否填充完整；审查《医疗机构执业许可证》是否合法有效；审查医疗广告成品样件是否符合标准。提出审核意见。

3.决定：在收到完整齐备的申请材料之日起20日内作出行政许可决定；对审查合格的医疗广告，卫生健康行政部门发给《医疗广告审查证明》；对审查不合格的医疗广告，书面通知医疗机构并告知理由，并告知申请复议、起诉的途径和期限。

4.送达：及时向申请人颁发医疗广告审查证明。

十一、申请材料

（一）《医疗广告审查申请表》；

（二）《医疗机构执业许可证》副本原件和复印件，复印件应当加盖核发其《医疗机构执业许可证》的卫生行政部门公章；

（三）医疗广告成品样件。电视、广播广告可以先提交镜头脚本和广播文稿。

以上材料各交1份，每份材料需加盖单位公章。

十二、审查要点

（一）受理材料是否齐全；

（二）审查《医疗广告审查申请表》是否填充完整；

（三）审查《医疗机构执业许可证》是否合法有效；

（四）医疗广告成品样件是否符合相关要求和标准。

十三、法定办理时限：20个工作日。

十四、是否收费：否。

附件：1.医疗广告审查申请表

2.医疗广告成品样件表

3.医疗广告审查证明

附件1-1

医疗广告审查申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 日至 年 月 日） | | | | | |
| 医疗机构地址 |  | | | | | |
| 医疗机构类别 |  | | 所有制形式 | | |  |
| 诊疗科目 |  | | | | | |
| 床 位 数 | 张 | | 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） | | |  |
| 提交申请  材料目录 | 1.《医疗机构执业许可证》副本原件及复印件 | | | | | |
| 2.医疗广告成品样件表 | | | | | |
| 3.医疗广告申请表 | | | | | |
| 4.申请单位公章 | | | | | |
|  | | | | | |
| 经办人 |  | 联系电话 | |  | | |

法定代表人签名： 医疗机构（盖章）

年 月 日

附件1-2

申请受理号

医疗广告成品样件表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构情况 | 第一名称 |  | | | | |
| 地 址 |  | | | | |
| 机构类别 |  | | | 执业许可证  登记号 |  |
| 法定代表人（主要负责人） | | |  | 联系电话 |  |
| 拟发布媒体类别 | | | □影视 □广播 □报纸 □期刊 □户外 □印刷品 □网络 | | | |
| 广告成品样件印制处：  （医疗机构盖章） （审查机关盖章） | | | | | | |

**注**：1.申请审查时提交本文书一份，广告样件粘贴处加盖骑缝章。

2.电视、广播广告提交镜头脚本和广播文稿，平面广告提供小样，网络广告提供页

面样件。初审合格后再提交广告成品样件。

3.医疗广告成品样件需标注广告审查证明文号的位置、形式。

附件1-3

医疗广告审查证明

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构  第一名称 |  | | | | | |
| 《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 | |  |
| 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 |  |
| 广告发布  媒体类别 |  | | | 广告时长（影视、声音） | |  |
| 审查结论 | 本医疗广告申请受理号： | | | | | |
| 本审查证明有效期：自 年 月 日起，至 年 月 日止。 | | | | | | |
| 医疗广告审查证明文号： | | | | | | |

注：本审查证明原件须与《医疗广告成品样件》审查原件同理使用方具有效力。

（审查机关盖章）

年 月 日

附件2

内蒙古自治区义诊活动备案办事指南

一、事项名称：义诊活动备案

二、实施主体：各级卫生健康行政部门

三、事项类型：公共服务

四、办件类型：承诺件

五、服务对象：事业法人、社会组织法人、其他组织

六、办理形式：窗口办理,网上办理

七、行使层级：自治区级、盟市级、旗县级

八、受理条件：申请材料齐全且真实有效，符合受理条件。

九、设定依据

《卫生部关于组织义诊活动实行备案管理的通知》（卫医发〔2001〕365号）

二、县级以上卫生行政部门负责对义诊活动的备案、审查、监督和管理。义诊组织单位原则上应组织本地区的医务人员在本地区范围内举行义诊，在开展义诊活动前15—30日到义诊所在地县级以上卫生行政部门备案；需跨县(区)、市(地、州)或省(自治区、直辖市)组织义诊时，组织单位应在开展义诊活动前15—30日分别向其所在地和义诊所在地相应的县(区)、市(地、州)、省(自治区、直辖市)卫生行政部门备案。

十、办理流程

受理→审查→备案。

十一、申请材料

（一）义诊情况说明；

（二）义诊责任承诺书；

（三）义诊医务人员信息表；

（四）参加义诊医疗、预防、保健机构的《医疗机构执业许可证》（扫描件）或卫生健康行政部门批准设置的有效证明（扫描件）；

（五）城管等部门同意书（拟在城镇公共场所开展义诊的）。

参加义诊的机构必须是经旗县级以上卫生健康行政部门核发《医疗机构执业许可证》的医疗机构或批准设置的预防、保健机构。

参加义诊进行医疗、预防、保健咨询活动的人员必须具有医学专业技术职务任职资格，并经旗县级以上卫生健康行政部门执业注册的医务人员。医务人员参加义诊需经所在医疗、保健、保健机构批准，并在义诊时佩戴本机构统一印制的胸卡。

以上材料各交1份。

十二、审查要点

1.审查参加义诊的机构是否符合要求；

2.审查参加义诊进行医疗、预防、保健咨询活动的人员是否符合要求，是否经所在医疗、预防、保健机构批准；

3.审查备案资料是否齐全。

十三、办理时限

在开展义诊活动前15-30日向义诊所在地旗县级卫生健康行政部门备案；需跨旗县、盟市、省市自治区组织义诊时，组织单位应在开展义诊活动前15-30日分别向其所在地旗县卫生健康行政部和义诊所在地盟市卫生健康行政部门备案。

经审查，符合义诊要求的应在义诊活动前5日予以备案，不符合义诊要求的，应明确提出，并在义诊活动前10日书面通知义诊组织单位予以纠正；不纠正者，不得组织开展义诊活动。

十四、是否收费：否。

附件：义诊备案材料内容、格式模板

附件2-

一、义诊情况说明

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 组织单位名称（机构代码） | 拟开展义诊时间 | 拟开展义诊地点 | 参加的医疗、预防、保健机构名称 | 开展义诊的医务人员专业及人数 | 义诊内容 |
|  |  |  |  |  |  |

二、义诊责任承诺书

我单位承诺严格按照备案时间、地点开展义诊，义诊过程中不从事商业活动，不误导、欺骗公众；不聘请、雇佣非医务人员提供医疗、预防、保健咨询；不妨碍公共秩序，遵守公共场所管理相关法律法规、规定，接受卫生健康行政部门的监督和管理。对于违反有关法律法规的行为，依法承担相应责任。

组织单位名称（盖章）：

组织单位法人代表（签字）：

日期：

三、义诊医务人员信息表

义诊组织单位： 义诊时间： 义诊地点：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医务人员姓名 | 所在单位 | 身份证号 | 专业 | 职称 | 执业证号 | 所在单位意见 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

（填写同意并盖章）

四、参加义诊医疗、预防、保健机构的《医疗机构执业许可证》（扫描件）或卫生健康行政部门批准设置的有效证明（扫描件）。

五、城管等部门同意书（拟在城镇公共场所开展义诊的）。