附件2

医疗机构申请变更登记注册书

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **医疗机构名称** | **：** |  | **（章）** |
|  |  |  |  |
| **登记号** | **：** |  |  |
|  |  |  |  |
| **法定代表人** | **：** |  | **（章）** |  |
|  |  |  |  |
| **申请日期** | **：** |  **年 月 日** |  |

1. 申请变更登记事项

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 项目 | 原核准登记事项 | 变更后登记事项 |
| 名称 |  |  |
| 地址 |  |  |
| 法定代表人（主要负责人） |  |  |
| 所有制形式 |  |  |
| 服务对象 |  |  |
| 服务方式 |  |  |
| 注册资金（资本） | 合计：　　　　万元 | 合计：　　　　　万元 |
| 固定资金：　　万元 | 固定资金：　　　万元 |
| 流动资金：　　万元 | 流动资金：　　　万元 |
| 诊疗科目 |  |  |
| 床位（牙椅） |  |  |
| 经营性质 |  |  |
| 备注 |

1. 变更理由及上级主管部门意见

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 联系人： |  | 电话： |  | 邮编： |  |
| 申请变更登记理由： |
| 保证书本单位保证：遵守国家法律、法规、规章，本申请表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。申请单位（盖章） 法定代表人签字：年 月 日 年 月 日 |
| 上级主管部门签署意见 | 年 月 日 （章） |