

北京市海淀区卫生和计划生育委员会

关于召开海淀区医疗机构 电子化注册培训的通知

为落实党的十九大精神和推进健康中国建设的战略部署，加快行政审批制度改革，创新政府服务管理，我委在海淀区医疗机构电子化注册试点工作基础上，拟在全区范围内实施医疗机构电子化注册。为做好相关工作，我委将于2018年5月30日召开社区卫生服务中心、医务室、卫生站等医疗机构参加的电子化注册应用培训会。现将会议安排及要求通知如下：

一、会议时间

2018年5月30日（周三）14:00——17:00。

二、会议地点

北京市海淀区疾病预防控制中心西北旺办公区（卫生大厦）地下会议室。

三、参会人员

在海淀区卫计委登记注册的社区卫生服务中心、独立社区卫生服务站、卫生所、医务室、中小学卫生保健所、卫生站的医疗机构电子化注册业务负责人。

四、会议内容

医疗机构电子化注册系统应用培训。

五、会议要求

(一) 请各参会医疗机构按要求填写《医疗机构电子化注册系统应用负责人信息表》(附件1)。经本机构法定代表人确认签字并加盖本机构公章后,在会议当天签到时交签到人员(信息涉及今后医疗机构相关许可工作,请务必确保人员相对固定、信息完全正确)。

(二) 参会时,请各医疗机构签到时提供如下材料

1、医疗机构执业许可证副本原件及复印件(原件审核后机构带回,复印件留存);

2、《医疗机构电子化注册系统应用负责人信息表》(附件1);

3、医疗机构授权委托书(附件2);受委托人身份证原件及复印件。(请务必确保信息正确,并在复印件中标明“复印件与原件一致”、标明日期与姓名)

我委将采取短信的方式会议现场将各机构医疗机构电子化注册系统应用的用户名和密码发至各受委托人手机,届时请注意查收。

- 附件: 1. 医疗机构电子化注册系统应用负责人信息表;
2. 授权委托书。

海淀区卫生和计划生育委员会

2018年5月28日

附件 1

医疗机构电子化注册系统应用负责人信息表

医疗机构法定代表人签字：

医疗机构名称（盖章）：

负责人姓名	职务	手机号	身份证号
医疗机构注册系统			

注：1、此信息表为获取医疗机构电子化注册系统应用的用户名和密码的唯一途径，且关系到机构和人员的信息安全，请各单位务必重视认真填写。

2、此表按要求填写后于会议当天交签到处。

附件 2

授 权 委 托 书

委托人/单位（自然人须注明姓名、性别、身份证号码）：

受委托人（基本情况）：（请提交受委托人身份证原件及 A4 纸复印件）

姓名： 性别： 身份证号码：

工作单位： 职务： 联系电话：

姓名： 性别： 身份证号码：

工作单位： 职务： 联系电话：

现委托上述受委托人在我（单位）医疗机构电子化注册的事项中，作为我方代理人。

代理人_____的代理权限为：代为领取医疗机构电子化注册用户名和密码，提出许可申请，代为提交申请材料，代为签收法律文书，代为陈述申辩，代为承担听证、复议，代为领取证照，_____。

代理人_____的代理权限为：代为提出许可申请，代为提交申请材料，代为签收法律文书，代为陈述申辩，代为承担听证、复议，代为领取证照，_____。

委托人/单位（签名/公章）：

年 月 日

受委托人（签名）：

年 月 日