**血站再次执业登记申请书**

**申请单位名称：（盖章）**

**法定代表人：（签字）**

**登记号：**

**（单位机构代码）**

**申请日期： 年 月 日**

**辽宁省卫生和计划生育委员会制**

**填写说明**

1.此表由血站填写。

2.本申请表除法定代表人签字(钢笔或签字笔)、单位签章外，其他项目一律打印，不得手写，不得空项。

3.表内空格若不够，可附加页。

4.所有材料应用A4规格纸张反正面打印或复印。

5.所填写数据未特殊标注均以上一年度数据为准。

6.申请单位所填写内容和数据要真实、准确。

7.各市卫生计生主管部门要签署审核意见并加盖公章。

8.此表填报一式两份。

**表1 血站基本情况**

|  |  |
| --- | --- |
| 血站名称  | 开业日期 年 月 |
| 登记号（单位代码）  |
| 所有制形式： （1）全民 （2）集体 （3）私人 （4）中外合资合作 （5）其他  |
| 经费来源： （1）财政全额拨款 （2）财政差额拨款 （3）自收自支 （4）其他：  |
| 主管单位名称  |
| 血站地址  | 邮政编码  |
| 采供血范围：  |
| 采供血主要项目： |
| 联系人： | 电 话： | 传 真： |
| 法定代表人 | 姓　名 |  | 性　别 |  |
| 出生年月 |  | 专　业 |  |
| 职　务 |  | 职　称 | 主任技师/教授 |
| 最高学历 |  |  |  |
| 资金总计 万元 | 固定资金 万元 | 流动资金 万元 |
| 备注：（其他业务项目可填此处） |

**表2　人员结构情况**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 项 目 | 单位 | 数量（现状） |
| 编委批准编制人数 | 人 |   |
| 人员情况 | 现有职工总人数 | 人 |   |
| 离退休人数 | 人 |   |
| 在职行政管理人员数 | 人 |   |
| 在职工人数 | 人 |   |
| 临时工（编外人员）数  | 人 |   |
| 卫生技术人员数 | 人 |   |
| 卫生技术人员占职工总数比例 | % |   |
| 其他专业技术人员数 | 人 |   |
| 取得执业上岗证职工人数 | 人 |   |
| 卫技专业结构 | 临床医学专业 | 人 |   |
| 预防医学专业 | 人 |   |
| 护理专业 | 人 |   |
| 检验专业 | 人 |   |
| 其他 | 人 |   |
| 卫技职称结构 | 高级 | 人 |   |
| 中级 | 人 |   |
| 初级 | 人 |   |
| 无职称 | 人 |   |
| 卫技学历结构 | 研究生 | 人 |   |
| 大学本科 | 人 |   |
| 大学专科 | 人 |   |
| 中专 | 人 |   |
| 中专以下 | 人 |   |
| 卫技年龄结构 | 55岁以上 | 人 |   |
| 45—54岁 | 人 |   |
| 35—44岁 | 人 |   |
| 25—34岁 | 人 |   |
| 25岁以下 | 人 |   |
| 站领导情况 |  | 领导正职 | 领 导 副 职 |
|  |  |  |
| 从事采供血工作年限 |  |  |  |  |
| 专业技术职称 |  |  |  |  |
| 学历 |  |  |  |  |
| 是否取得岗位培训合格证 |  |  |  |  |
| 检验质控科负责人情况 |  | 检 验 科 | 质 控 科 |
| 从事检验工作年限 |  |  |
| 专业技术职称 |  |  |
| 学历 |  |  |
| 是否取得岗位培训合格证 |  |  |

**表3　建筑设施情况**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **项 目** | **单位** | **数量（现状）** |
| 占地总面积 | M2 |   |
| 房屋建筑面积 | 建筑总面积 | M2 |   |
| 其中：行政用房面积 | M2 |   |
| 业务用房面积 | M2 |   |
| 生活用房面积 | M2 |   |
| 业务用房建筑面积 | 业务用房面积 | M2 |   |
| 其中：血源登记 | M2 |   |
| 献血者接待 | M2 |   |
| 体检 | M2 |   |
| 采血 | M2 |   |
| 成分 | M2 |   |
| 检验 | M2 |   |
| 质控 | M2 |   |
| 储血、发血 | M2 |   |
| 消毒供应 | M2 |   |
| 其他 | M2 |   |
| 污物处理设施 | 污水处理设施 | 有/无 |   |
| 污物处理设施 | 有/无 |   |
| 一次性医用品消毒毁形设施 | 有/无 |   |
| 供电消防安全设施 | 双路供电设施 | 有/无 |   |
| 应急发电设施 | 有/无 |   |
| 消防设施 | 有/无 |   |
| 紧急疏散通道与标志 | 有/无 |   |

**表4　主要仪器设备情况**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **名称（型号）** | **数量** | **名称（型号）** | **数量** |
| 贮血专用冰箱（4℃） |   | 高压蒸气灭菌器 |   |
| 低温冰箱（-20℃以下） |   | 大容量低温离心机 |   |
| 恒温水浴箱 |   | 分浆器 |   |
| 体重秤 |   | 血细胞分离机 |   |
| 血压计 |   | 试剂专用冰柜（箱） |   |
| 采血血计量仪 |   | 血凝仪 |   |
| 热合机 |   | 紫外线强度测定仪 |   |
| 急救设备 |   | 血小板保存箱 |   |
| 必备药品 |   | 微粒测定仪 |   |
| 酶标仪 |   | 离心机转速测定仪 |   |
| 洗板机 |   | 送血车 |   |
| 恒温箱 |   | 速冻冰箱 |   |
| 振荡器 |   | 工作间消毒设备 |   |
| 离心机 |   | 生化分析仪 |   |
| 加样器 |   | 紫外线分光光度计 |   |
| 转动器 |   | 细菌真培养仪 |   |
| 酸度计 |   | 热原仪 |   |
| 分析天平 |   | 血液辐照仪 |   |
| 洁净工作台（间） |   | 电子天平 |   |
| 毁形机 |   | 温控器 |   |
| 全自动酶联检测系统(套) |   | 采血车 |   |
| ≤—80℃冰箱 |   |  |  |
| 4℃冰箱 |   |  |  |
| 血站管理系统软件(套) |   |  |  |
| 网络管理服务器(台) |   |  |  |
| 网络管理电脑(台) |   |  |  |

注：请按照实际情况填写，未列出的设备填写在空白栏内或另附页。

**表5　上一年度业务工作概况**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 血液采集制备情况 | 采集血液总数 （U） | 采集全血数（U） | 机采血小板（U） | 其中制备成分用全血量（U） |
|  |  |  |  |
| 血液供应情况 | 临床用血总数 （U） | 临床用全血（U） | 红细胞类成分血数（U） | 血浆量（ml） |
|  |  |  |  |
| 血液检测情况 | 检测标本总数（人次） | 检测合格数（人次） | 检测不合格数（人次） |
|  |  |  |
| 其中检测不合格情况（人次） |
| ALT | HBsAg | HIV-Ab | HCV-Ab | 梅毒 | 其他 |
|  |  |  |  |  |  |
| 试剂使用情况 | 试剂名称 | HBsAg | 抗-HIV | 抗-HCV | 梅毒 | ALT |
| 购进人份 |  |  |  |  |  |
| 消耗人份 |  |  |  |  |  |
| 库存人份 |  |  |  |  |  |
| 生产厂家 |  |  |  |  |  |
| 业务收支情况 | 总收入（万元）： | 总支出（万元）：  |
| 其中：财政拨款：  | 其中：人员工资福利：  |
|  业务收入：  |  业务支出：  |

**表6　一般血站非独立的分支机构、固定采血点、流动采血车、储血点情况**

**一般血站非独立的分支机构**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **名 称** | **地 址** | **电 话** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**储血点情况**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **名 称** | **地 址** | **电 话** |
|   |  |  |
|   |  |  |
|   |  |  |
|   |  |  |
|   |  |  |
|   |   |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**固定采血点**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **名 称** | **地 址** | **电 话** |
|   |  |  |

**固定献血屋采血点**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **名称** | **地址** | **电话** | **建设****方式** | **备注** |
|   |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |

**注：1.建设方式处请填写房屋为自建、租用，或借用。**

 **2.如为房车请在备注栏标注。**

**流动采血车**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **车辆所属单位** | **厂牌型号** | **车辆类型** | **车辆号牌** |
|   |  |  |  |
|   |  |  |  |
|   |  |  |  |
|   |  |   |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**注：无车辆牌号的填写发动机编号。**

**表7　血站从业人员登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | **性别** | **出生年月** | **所在科室** | **专业** | **学历** | **技术职称** |
|   |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |

**表8　志愿无偿献血工作**

**近3年无偿献血宣传经费投入**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年度 | 宣传经费投入（万元） | 其中：财政拨款（万元） | 自行投入（万元） |
|   |  |  |  |
|   |  |  |  |
|   |  |  |  |

**志愿无偿献血队伍数量**

|  |  |
| --- | --- |
| **志愿无偿献血队伍** | **数量（人）** |
| 相对固定志愿无偿献血者队伍 |   |
| 稀有血型献血者队伍 |   |
| 献血服务志愿者队伍 |   |
| 应急献血预备队伍 |   |
| 应急献血预备队伍信息 | **单位** | **人数** | **联系人** | **联系电话** |
|   |  |  |  |
|   |  |  |  |
|   |  |  |  |
|  |  |  |  |
|   |  |  |  |
|   |  |  |  |
|   |  |  |  |
|   |  |  |  |

**表9　提交文件、证件和主管部门审核意见**

|  |  |
| --- | --- |
| **申请执业****登记提交****的文件、****证件** | 1、《血站再次执业登记申请书》2、《血站执业许可证》正、副本原件及复印件。3、事业单位法人证书复印件。4、组织机构代码证复印件。5、房屋产权证明复印件。6、3年工作自评报告 |
| **市级卫生计生主管部门审核****意见** | 签字： 盖章： 年 月 日 |

**表10 省级卫生计生行政部门审查意见**

|  |  |
| --- | --- |
| **审查人员意见** |  签字： 年 月 日 |
| **处室负责人意****见** | 签字： 年 月 日 |
| **主管领导核批** |  签字： 年 月 日 |

**表11 核准登记事项**

|  |
| --- |
| 名称：  |
| 地址： 邮编：  |
| 执业许可证号：  |
| 有效期： 年 月 日 至 年 月 日 |
| 法定代表人（主要负责人）：  |
| 采供血范围：  |
| 采供血项目：  |
| 其他业务项目：  |
| 一般血站非独立的分支机构： |
| 固定采血点：  |
| 流动采血车：  |
| 储血点：  |
| 备注： |