**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： |