

医疗广告审查证明

医疗机构 第一名称	石河子市天牙口腔诊所				
医疗机构地址	石河子市红山街道 25 小区 64 号、66 号一层、二层、三层				
所有制形式	私人	机构类别	诊所	床位数	0
《医疗机构执业许 可证》登记号	PDY00080X65900117D2202			法定代表人（主 要负责人）	胡超
诊疗科目	口腔科				
接诊时间	10:00-19:00	联系电话	0993-2812985		
广告发布媒体类别	户外、印刷品、 网络	广告时长（影视/ 声音）	0		
审查结论	按照《医疗广告管理办法》（2006 年 11 月 10 日国家工商行政管理总局、卫生部第 26 号公布，自 2007 年 1 月 1 日起施行）的有关规定，经审查，同意在合法媒体发布该医疗广告（具体内容和形式以审查同意的广告成品样件为准） 本医疗广告审查受理号：202561				
本审查证明有效期：壹年（自 2025 年 9 月 30 日起，至 2026 年 9 月 29 日止）					
医疗广告审查证明文号：（新兵）医广【2025】第 09-30-01 号					
处室负责人意见	签名：韩晓 2025 年 9 月 30 日				
分管领导意见	签名：2025 年 9 月 30 日				



附件 5:

申请受理号 _____

医疗广告审查申请表

申请日期: 2025 年 9 月 22 日

医 疗 机 构 第 一 名 称	石河子天牙口腔诊所		发 证 卫 生 行 政 部 门	石河子市卫生健康委 员会
《医疗机构执业 许可证》登记号	PDY00080X65900117D2202		法定代 表 人 (主要负责人)	胡超
			身 份 证 号	420222199405140019
校验有效期	壹年/叁年 (自 2025 年 6 月 19 日起, 至 年 月 日止)			
医疗机构地址	石河子市红山街道 25 小区 64 号、66 号一层、二层、三层			
所有制形式	私人	医疗机构类别	诊所	
诊疗科目	口腔科			
床 位 数	/	接诊时间	10: 00-19: 00	
联系电话	0993-2812985	邮 编	832000	
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)	秒
提交申请 材料目录	1. 医疗广告审查申请表 2. 医疗广告成品样件 3. 医疗机构执业许可证副本原件和复印件 4. 办理医疗广告承诺书、授权委托书 5. 法人以及委托人身份证复印件			
经办人	丁倩倩	身份证号	342221199601071028	

法定代表人签名: 胡超

医疗机构 (盖章)

2025 年 9 月 22 日

注: 填报医疗广告审查申请表时应一并填报医疗广告成品样件表。

(1-1)

19999487803

8.20

申请受理号 _____

医疗广告成品样件表

提交日期: 2025年 9 月 22 日

医 疗 机 构 情 况	第一名称	石河子天牙口腔诊所		
	地 址	石河子市红山街道 25 小区 64 号、66 号一层、二层、三层		
	机构类别	诊所	执业许可证登记号	PDY00080X65900117D22 02
	法定代表人（主要负责人）	胡超	联系电话	19999487803
	拟发布媒体类别	☒ 影视 ☒ 广播 ☐ 报纸 ☐ 期刊 ☒ 户外 ☒ 印刷品 ☒ 网络 ☐ 其它 _____		
广告成品样件粘贴处: 石河子天牙口腔诊所 诊疗科目: 口腔科 接诊时间: 10:00-19:00 联系方式: 0993-2812985 地 址: 石河子市红山街道 25 小区 64 号、66 号一层、二层、三层				
 (医疗机构盖章)		 (审查机关盖章)		

- 注: 1、电视、广播广告应提交镜头脚本和广播文稿。
 2、平面广告提供小样, 网络广告提供页面样件。
 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。
 4、申请审查时需提交本文书一式 2 份, 广告样件粘贴处加盖骑缝章。
 5、医疗广告成品样件表原件需与《医疗广告审查证明》一并作为审定凭证。

新疆生产建设兵团第八师石河子市卫生健康委

关于石河子天牙口腔诊所医疗广告 申请的审查意见

兵团卫健委：

按照《医疗广告管理办法》的规定，我委经过审查石河子天牙口腔诊所申请医疗广告的申请材料符合相关规定。

八师石河子市卫健委

2025年9月22日



姓名 胡超

性别 男 民族 汉

出生 1994年5月14日

住址 湖北省阳新县兴国镇靖塘巷83



公民身份号码 420222199405140019



中华人民共和国
居民身份证



签发机关 阳新县公安局

有效期限 2022.05.23-2042.05.23

姓名 丁倩倩

性别 女 民族 汉

出生 1996 年 1 月 7 日

住址 新疆玛纳斯县新湖三场5
连121栋1号



公民身份号码 342221199601071028



中华人民共和国
居民身份证

تارقاتان ئورگان
签发机关 芳草湖垦区公安局

كۈچكە ئىگە مۇددىتى
有效期限 2023.05.25-2043.05.25

附件 2:

委托代理书

第八师卫生健康委员会:

现我单位(人)委托 丁倩倩 身份证号码:
342221199601071028 代理办理医疗广告审查证明相关事宜。

特此证明。

法定代表人或(主要负责人)签字:

(单位盖章)

2025 年 9 月 22 日



承诺书

兵团卫健委:

石河子天牙口腔诊所 承诺认真遵照新修订《医疗广告管理办法》(国家工商行政管理总局, 卫生部令 26 号) 的精神进行医疗广告发布工作, 并且接受兵团卫健委、工商行政管理部门及社会各界的监督。

若出现违反《医疗广告管理办法》(国家工商行政管理总局, 卫生部令 26 号) 的相关规定, 所造成的一切后果自负。

承诺单位:

法定代表人:

2025 年 9 月 22 日



诊所备案凭证

名称 石河子天牙口腔诊所

地址 石河子市红山街道 25 小区 64 号、66 号一层、二层、三层

法定代表人 胡超

主要负责人 刘怡青

诊疗科目 口腔科*****

服务方式 门诊服务

备案编号 PDY00080X65900117D2202

所有制形式 私人

经营性质 营利性



(电子证照二维码)

石河子市卫生健康委员会

备案机关 (盖章)

备案日期 2025 年 06 月 19 日

统一社会信用代码
91659001MAEJPT6Y1Q

营业执照

(副本) (1-1)



扫描二维码登录
“国家企业信用
信息公示系统”
了解更多登记、
备案、许可、监
管信息。

名称 石河子市天牙口腔诊所 (个人独资)

类型 个人独资企业

投资人 胡超

经营范围

一般项目：诊所服务，保健食品（预包装）销售，食品销售（仅销售预包装食品）；卫生用品和一次性使用医疗用品销售；消毒剂销售（不含危险化学品）；第一类医疗器械销售；健康咨询服务（不含诊疗服务）（除依法须经批准的项目外，凭营业执照依法自主开展经营活动）许可项目：医疗服务；药品零售（依法须经批准的项目，经相关部门批准后方可开展经营活动，具体经营项目以相关部门批准文件或许可证件为准）

出资额 伍万元整

成立日期 2025年05月14日

住所

新疆石河子市红山街道25小区东环64号、66号一层、二层、三层

登记机关

2025 年 07 月 1 日