

# 医疗广告审查证明

医疗机构第一名称	薛方园口腔诊所				
医疗机构地址	石河子市 53 小区 38 栋 2 号 2 楼				
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	PDY00090X65900117D2202			法定代表人（主要负责人）	薛方园
诊疗科目	口腔科				
接诊时间	10:00-20:00	联系电话	18599736667		
广告发布媒体类别	报纸、期刊、户外、印刷品	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：202606				
本审查证明有效期：壹年（自 2026 年 4 月 9 日起，至 2027 年 4 月 8 日止）					
医疗广告审查证明文号：（新兵）医广【2026】第 04-09-01 号					
处室负责人意见	签名：薛方园 2026 年 4 月 9 日				
分管领导意见	签名：吴军 2026 年 4 月 9 日				



附件 3:

申请受理号 \_\_\_\_\_

## 医疗广告审查申请表

申请日期: 2026 年 4 月 8 日

医疗机构 第一名称	薛方园口腔诊所		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	PDY00090X65900117D2202		法定代表人 (主要负责人)	薛方园
			身份证号	
校验有效期	壹年/叁年(自 年 月 15 日起, 至 年 月 日止)			
医疗机构地址	石河子市 53 小区 38 栋 2 号楼 2 楼			
所有制形式	私人	医疗机构类别	口腔诊所	
诊疗科目	口腔科;			
床位数	0	接诊时间	10: 00-20: 00	
联系电话	18599736667	邮 编	832000	
发布媒体类别	<input type="checkbox"/> 影视 <input type="checkbox"/> 广播 <input checked="" type="checkbox"/> 报纸 <input checked="" type="checkbox"/> 期刊 <input checked="" type="checkbox"/> 户外 <input checked="" type="checkbox"/> 印刷品 <input checked="" type="checkbox"/> 网络 <input type="checkbox"/> 其他 _____		广告时长 (影视、声音)	秒
提交申请 材料目录	1、医疗广告成品样件表 2、诊所备案凭证 3、法人身份证复印件 4、承诺书 5、委托代理书 6、经办人身份证复印件			
经办人	沈淑宇	身份证号		

法定代表人签名: 薛方园

医疗机构 (盖章)

2026 年 4 月 8 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。

附件 4:

申请受理号\_\_\_\_\_

### 医疗广告成品样件表

提交日期: 2026 年 4 月 8 日

医疗 机构 情况	第一名称	薛方园口腔诊所		
	地 址	石河子市 53 小区 38 栋 2 号楼 2 楼		
	机构类别	口腔诊所	执业许可证登记号	PDY00090X65900117 D2202
	法定代表人 (主要负责人)	薛方园	联系电话	18599736667
拟发布媒体类别		<input type="checkbox"/> 影视 <input type="checkbox"/> 广播 <input checked="" type="checkbox"/> 报纸 <input checked="" type="checkbox"/> 期刊 <input checked="" type="checkbox"/> 户外 <input checked="" type="checkbox"/> 印刷品 <input checked="" type="checkbox"/> 网络 <input type="checkbox"/> 其它-----		
广告成品样件粘贴处:				
<p>1.薛方园口腔诊所</p> <p>2.诊疗科目: 口腔</p> <p>3.接诊时间: 10:00-20:00</p> <p>4.接诊电话: 18599736667</p> <p>5.地址: 石河子市 53 小区 38 栋 2 号楼 2 楼</p>				
<p>1.薛方园口腔诊所</p> <p>2.诊疗科目: 口腔</p> <p>3.接诊时间: 10:00-20:00</p> <p>4.接诊电话: 18599736667</p> <p>5.地址: 石河子市 53 小区 38 栋 2 号楼 2 楼</p>				
(医疗机构盖章)		(审查机关盖章)		

- 注: 1、影视、广播广告需提交镜头脚本和广播光盘各两张及纸制样件文稿。
- 2、平面广告提供纸制页面样件文稿。
- 3、医疗广告成品样件需标注广告审查证明文号的位置、内容、形式。
- 4、申请审查时至少需提交本文书一式 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员会

## 关于石河子薛方园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薛方园口腔诊所申请医疗广告的申请材料符合相关规定。

第八师石河子市卫生健康委

2026年4月8日



附件 2:

## 委托代理书

新疆维吾尔自治区卫生健康委员会:

现我单位(人)委托 沈中宇 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: 李方园  
(单位盖章)

2026年4月8日

附件 1

## 承诺书

新疆维吾尔自治区卫生健康委员会：

我单位为申请医疗广告证明所提供的材料均真实、可靠；并将按照《医疗广告审查证明》核准的广告成品样件内容与媒体类别发布医疗广告；遵守相关法律、法规的规定。如有不实和违反之处，我单位愿负相应的法律责任，并承担由此造成的一切后果。

法定代表人签名：

 薛正国

承诺单位（人）：（盖章）

2026年 4 月 8 日

姓名 沈虹宇  
性别 女 民族 汉  
出生 1996年8月3日  
住址 海口市龙华区金龙路45号  
金龙城市广场A栋201房  
贸社区集体户

公民身份号码 [REDACTED]

反诈骗办证及年审



中华人民共和国  
居民身份证



签发机关 海口市公安局龙华分局  
有效期限 2024.04.08-2044.04.08

姓名 薛方园  
性别 女 民族 汉  
出生 1987年5月3日  
住址 山东省青岛市黄岛区瓦屋庄村315号  
公民身份号码 [REDACTED]



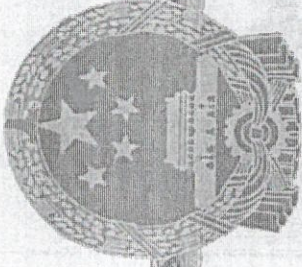
Handwritten signature: 薛方园  
Red circular stamp: 薛方园口腔诊所



中华人民共和国  
居民身份证

签发机关 青岛市公安局经济技术开发区分局  
有效期限 2024.02.08-2044.02.08

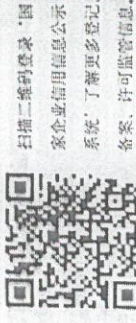




# 营业执照

统一社会信用代码

92659001MAK2RK277C



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 石河子市薛方园口腔诊所 (个体工商户)

类型 个体工商户

经营者 薛方园

经营范围 一般项目：诊所服务；日用品销售（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（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）

组成形式 个人经营

注册日期 2025年11月26日

经营场所 新疆石河子市开发区东城街道53/38栋2号2楼



登记机关

2025年 11月 26日

# 诊所备案凭证

名称 薛方园口腔诊所  
地址 石河子市 53 小区 38 栋 2 号 2 楼  
法定代表人 薛方园  
主要负责人 薛方园  
诊疗科目 口腔科\*\*\*\*\*  
服务方式 门诊服务  
备案编号 PDY00090X65900117D2202  
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 2026 年 01 月 27 日