

# 医疗广告审查证明

医疗机构第一名称	戴珍口腔诊所				
医疗机构地址	石河子市天富康城城区东五路 31-4 号				
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	PDY00068X65900117D2202			法定代表人（主要负责人）	戴珍
诊疗科目	口腔科				
接诊时间	10:00-20:00	联系电话	18899599188		
广告发布媒体类别	报纸、期刊、户外、网络、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：202609				
本审查证明有效期：壹年（自2026年5月25日起，至2027年5月24日止）					
医疗广告审查证明文号：（新兵）医广【2026】第05-25-01号					
处室负责人意见	签名：薛冰 2026年5月25日				
分管领导意见	签名：李娟 2026年5月25日				



附件1

申请受理号\_\_\_\_\_

# 医疗广告审查申请表

申请日期: 2026年5月14日

医疗机构 第一名称	戴珍口腔诊所		法定代表人 (主要负责人)	戴珍
《医疗机构执业 许可证》登记号	PDY00068X65900117D2202		发证卫生 行政部门	石河子市卫生健康委员 会
			身份证号	
校验有效期	自 2024 年 05 月 06 日起			
地 址	石河子市天富康城城区东五路31-4号			
邮 编	832000	电 话	18899599188	
床 位 数	0	传 真		
诊疗科目	口腔科			
接诊时间	10:00-20:00			
所有制形式	私人	机构类别	口腔诊所	
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			
	2. 诊所备案许可证			
	3. 法人身份证复印件			
	4. 承诺书			
经办人	戴珍			

医疗机构法定代表人签名: 戴珍

医疗机构 (盖章)  
2026年 5 月 14 日



申请受理号 \_\_\_\_\_

## 医疗广告成品样件表

提交日期： 年 月 日

医疗机构情况	第一名称	戴珍口腔诊所		
	地址	石河子市天富康城城区东五路 31-4 号		
	机构类别	口腔诊所	执业许可证登记号	PDY00068X65900117 D2202
	法定代表人（主要负责人）	戴珍	联系电话	18899599188
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-----		
<p>广告成品样件粘贴处：</p> <div style="background-color: #4a86e8; color: white; padding: 5px;"> <p>1. 戴珍口腔诊所</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：18899599188</p> <p>5. 地址：石河子市天富康城城区东五路 31-4 号</p> </div> <div style="background-color: #4a86e8; color: white; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>1. 戴珍口腔诊所</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：18899599188</p> <p>5. 地址：石河子市天富康城城区东五路 31-4 号</p> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;">  <p>(医疗机构盖章)</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>(审查机关盖章)</p> </div> </div>				

- 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员会

## 关于戴珍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，我委经过审查戴珍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5月14日



# 承诺书

兵团卫健委：

戴玲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：戴玲口腔诊所

法定代表人：戴玲

2026 年 5 月 14 日



姓名 戴珍

性别 女 民族 汉

出生 1989年9月7日

住址

公民身份号码



# 中华人民共和国 居民身份证

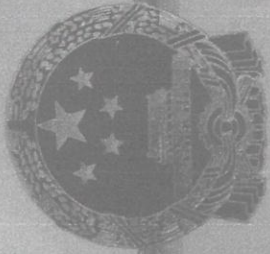
签发机关

石河子市公安局

有效期限

2017.10.16-2037.10.16





# 营业执照

统一社会信用代码  
92659001MADA93CM37



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 石河子市戴珍口腔诊所  
类型 个体工商户  
经营者 戴珍  
经营范围 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）  
一般项目：诊所服务（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）

组成形式 个人经营  
注册日期 2024年01月08日  
经营场所 新疆石河子市开发区51小区东五路31-4号



登记机关

2024年01月08日

# 诊所备案凭证

名称 戴珍口腔诊所  
地址 石河子市天富康城城区东五路 31-4 号  
法定代表人 戴珍  
主要负责人 戴珍  
诊疗科目 口腔科\*\*\*\*\*  
服务方式 门诊服务  
备案编号 PDY00068X65900117D2202  
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 2024年05月06日