

医疗广告审查证明

医疗机构第一名称	佳杰口腔诊所				
医疗机构地址	哈密伊州区火箭农场上海新城商业步行街 S1-202				
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	PDY50160-76550217D2202			法定代表人（主要负责人）	拓杰
诊疗科目	口腔科（口腔种植专业）				
接诊时间	9:30-19:30	联系电话	0902-7152535		
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：202612				
本审查证明有效期：壹年（自2026年6月22日起，至2027年6月21日止）					
医疗广告审查证明文号：（新兵）医广【2026】第06-22-01号					
处室负责人意见	批同意，签名：周伟 2026年6月22日				
分管领导意见	签名：[Signature] 2026年6月22日				



附件1

申请受理号_____

医疗广告审查申请表

申请日期：2026年 04月29日

医疗机构 第一名称	佳杰口腔诊所	法定代表人 (主要负责人)	拓杰
《医疗机构执业 许可证》登记号	PDY50160-76550217D2202	发证卫生 行政部门	新疆生产建设兵团第十 三师卫生健康委员会
		身份证号	
校验有效期	自 年 月 日起, 至 年 月 日止		
地 址	(与医疗机构执业许可证副本地址一致)		
邮 编	839000	电 话	0902-7152535
床 位 数	0	传 真	无
诊疗科目	口腔科 (口腔种植专业)		
接诊时间	夏季: 09:30-19:30 冬季: 09:30-20:00		
所有制形式	私人	机构类别	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 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 (附后, 共 2 页)		
	2. 《诊所备案凭》复印件		
	3. 营业执照复印件		
	4. 法人身份证复印件		
	5. 放射诊疗许可证复印件		
	6. 承诺书一份		
	7. 委托代理一份		
	8. 委托人身份证复印件		
经办人	池佳洋		

医疗机构法定代表人签名: 拓杰

医疗机构 (盖章)

2026年 04月 29日



申请受理号_____

医疗广告成品样件表

提交日期：2026 年 6 月 18 日

医疗机构情况	第一名称	佳杰口腔诊所		
	地址	哈密伊州区火箭农场上海新城商业步行街 S1-202		
	机构类别	诊所	执业许可证登记号	PDY50160-7655021D2202
	法定代表人（主要负责人）	拓杰	联系电话	0902-7152535
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：				
<div style="background-color: #00a0e3; color: white; padding: 5px;"><p>1. 佳杰口腔诊所 2. 诊疗科目：口腔 3. 接诊时间：9:30--19:30 4. 接诊电话：0902-7152535 5. 地址：新疆省新垦市火箭农场前进大道2178号凤凰新城商业楼s1号楼第二层202室</p></div>				
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"><div style="text-align: center;"><p>(医疗机构盖章)</p></div><div style="text-align: center;"><div style="background-color: #00a0e3; color: white; padding: 5px;"><p>1. 佳杰口腔诊所 2. 诊疗科目：口腔 3. 接诊时间：9:30--19:30 4. 接诊电话：0902-7152535 5. 地址：新疆省新垦市火箭农场前进大道2178号凤凰新城商业楼s1号楼第二层202室</p></div><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。

附件 2:

委托代理书

新疆生产建设兵团卫生健康委员会:

现我单位(人)委托 _____ 池佳洋 _____ 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)

2026 年 04 月 29 日

附件 1

承诺书

新疆生产建设兵团卫生健康委员会：

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： 孙克

承诺单位（人）：（盖章）

2026 年 5 月 15 日



新疆生产建设兵团第十三师市新垦市卫生健康委员会

师医广审(初)字[2026]第003号

医疗广告审查初审批复通知书

佳杰口腔诊所:

经审查,你单位提交的医疗广告内容符合《中华人民共和国广告法》《医疗广告管理办法》及相关规定,同意提交。请你单位按程序提交至省级卫生行政部门进行审批。

第十三师新垦市卫健委(疾控局)

2026年5月14日

姓名 拓杰
性别 男 民族 汉
出生 1988年8月7日
住址 甘肃省张掖市甘州区花寨乡花寨村八社



公民身份号码 [REDACTED]



中华人民共和国
居民身份证

签发机关 甘州区公安局

有效期限 2018.08.10-2038.08.10





营业执照

统一社会信用代码
92659011MA8L08E4XT

名称 新垦市佳杰口腔诊所
类型 个体工商户
经营者 拓杰
经营范围 医疗服务；诊所服务；个人卫生用品销售；卫生用品和一次性使用医疗用品销售；医疗美容服务；日用化学产品销售；货物销售（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）

组成形式 个人经营
注册日期 2022年04月06日
经营场所 新疆新垦市火箭农场前进大道2178号凤凰新城商业楼S1号楼第二层202室



扫描二维码，即可
查询企业信息
了解更多详情
请登录国家企业信用信息公示系统



登记机关

2022年04月06日



诊所备案凭证

名称 佳杰口腔诊所

地址 哈密伊州区火箭农场上海新城商业步行街
S1-202

法定代表人 拓杰

主要负责人 拓杰

诊疗科目 口腔科(口腔种植专业)*****

服务方式 门诊服务

备案编号 PDY50160-76550217D2202

所有制形式 私人

经营性质 营利性



(电子证照二维码)

新疆生产建设兵团第十一师卫生健康委员会

备案机关(盖章)

备案日期 2024年04月15日