

医疗广告审查证明

医疗机构 第一名称	西宁摩尔口腔门诊部				
《医疗机构执业 许可证》登记号	MA756NPRX63010417D1522		法定代表人 (主要负责人)	何升娇	
			身份证号	342901198207191230	
医疗机构地址	西宁市城西区西关大街 36 号 6 幢 1-2 层				
所有制形式	私人		医疗机构类别	口腔门诊部	
诊疗科目	口腔科：牙体牙髓病专业；牙周病专业；口腔黏膜病专业；儿童口腔专业； 口腔颌面外科专业；口腔修复专业；口腔正畸专业；口腔种植专业；口腔颌面 医学影像专业；预防口腔专业/临床体液、血液专业*****				
床位数	治疗椅（13 台）	接诊时间	09:00-19:00	联系电话	0971-6262999
广告发布 媒体类别	户外			广告时长 (声音)	
审查结论	按照《医疗广告管理办法》（国家工商行政管理总局、卫生部令第 26 号， 2006 年 11 月 10 日发布）的有关规定，经审查，同意发布该医疗广告（具体内 容和形式以经审查同意的广告成品样件为准）。 本医疗广告申请受理号：2025017				
本审查证明有效期：自 2025 年 3 月 11 日起，至 2026 年 3 月 10 日止。					
医疗广告审查证明文号：（青）医广【2025】第 03—11—017 号					

注：本审查证明原件须与《医疗广告成品样件》审查原件同时使用方具有效力。
(注意事项见背面)

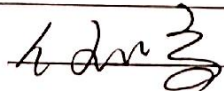


申请受理号 2025017

医疗广告审查申请表

申请日期: 2025年3月5日

医 疗 机 构 第 一 名 称	西宁摩尔口腔门诊部	发 证 卫 生 行 政 部 门	西宁城西区卫生健康局
《医疗机构 执业 许可证》登 记号	MA756NPRX63010417D1522	法定代 表 人 (主 要 负 责 人)	何升娇
		身 份 证 号	342901198207191230
校验有效期	壹年/叁年 (自 2024 年 09 月 05 日起, 至 2029 年 09 月 05 日止)		
医疗机构地 址	西宁市城西区西关大街 36 号 6 幢 1-2 层		
所有制形式	私人	医 疗 机 构 类 别	口腔门诊部
诊疗科目	口腔科; 牙体牙髓病专业; 牙周病专业; 口腔黏膜病专业; 儿童口腔专业; 口腔颌面外科专业; 口腔修复专业; 口腔正畸专业; 口腔种植专业; 口腔颌 面医学影像专业; 预防口腔专业/临床体液、血液专业*****		
床 位 数	牙科综合治疗椅 13 台	接诊时间	9:00-19:00
联系电话	0971-6262999	邮 编	810000
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、医疗广告成品样件表 (一式三份)		
	2、医疗机构执业许可证正、副本复印件 (1 份)		
	3、医疗机构法定代表人身份证复印件 (1 份)		
	4、依法发布医疗广告承诺书 (1 份)		
经办人	李海龙	身份证号	630104199010273010

法定代表人签名: 



医疗广告成品样件表

提交日期:2025年 3 月 5 日

医 疗 机 构 情 况	第一名称	西宁摩尔口腔门诊部		
	地 址	城西区西关大街 36 号 6 幢 1-2 层		
	机构类别	口腔门诊部	执业许可证 登记号	MA756NPRX63010417D1522
	法定代表人（主要负责人）	何升娇	联系电话	13369768555
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：

户外



西宁摩尔口腔门诊部

医疗广告审查证明文号：（青）医广【 】第 号

城西院区：城西区西关大街36号（微波巷口旁）

所有制形式：私人

电话：0971-6262999

牙椅：13 张

医疗机构类别：口腔门诊

城四院区：城西区西关大街36号（微波巷口旁）

诊疗时间：9:00-18:00

电话：0971-6262999



医疗机构盖章）



（审查机关盖章）

- 注：1、电视、广播广告可以先提交镜头脚本和广播文稿，初审合格后再提交广告成品样件。
- 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、申请审查时至少需提交本文书一式三份，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。