**医 疗 广 告 审 查 证 明**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医 疗 机 构  第 一 名 称 | 文星阳将口腔诊所 | | | | | | | | |
| 《医疗机构执业许可证》登记号 | PDY19003W43062417D2152 | | | | 法 定 代 表 人  （主要负责人） | | | 阳将 | |
| 身 份 证 号 | | | 430\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*12 | |
| 医疗机构地址 | 湘阴县文星街道江东中路175号 | | | | | | | | |
| 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 | 8:00-18:00 | | | 联 系 电 话 | | 18973008123 |
| 广 告 发 布  媒 体 类 别 | 印刷品、网络 | | | | | | 广告时长（影视、声音） | | 秒 |
| 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：20230019号 | | | | | | | |
| 本审查证明有效期:壹年（自2023年05月31日起，至2024年05月30日止） | | | | | | | | | |
| 医疗广告审查证明文号: 湘.岳医广【2023】第0531-0019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）

（审查机关盖章）

2023年05月31日

