**卫生许可证注销申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单 位 名 称 | |  | | | |
| 企业法人代表（或负责人） | |  | | 卫生许可证号 |  |
| 地址 |  | | | 联系电话  /手机 |  |
| 原审批许可类别 | | |  | | |
| 原审批许可项目 | | |  | | |
| 申请注销原因 | | |  | | |
| 申请单位注销卫生许可证须提交资料：  1、卫生许可证注销申请报告2份；  2、在经营活动中无违反公共场所法律法规的书面声明书2份；  3、卫生许可证原件1份；  4、工商营业执照（副本）复印件（医疗机构提供医疗机构执业许可证正副本复印件）2份；  5、法定代表人（负责人）身份证复印件2份；  6、授权委托书（附被委托人身份证复印件）2份； | | | | | |
| **申 请 注 销 单 位 保 证 书**  本单位所填报内容及提供的资料均真实、可靠。如有虚假，愿承担有关法律责任。  法定代表人签字（申请单位盖章）：  年 月 日 | | | | | |