

深圳市罗湖区卫生和人口计划生育局

关于蔡传明诊所申请变更诊疗科目等项目的公示

蔡传明诊所是我局批准注册的诊所，近期该诊所向我局提交了变更医疗机构名称、诊疗科目、负责人、地址的申请，根据医疗机构审批的有关规定，现将该诊所的拟变更项目予以公示如下：

- 一、医疗机构名称：蔡文颖口腔诊所
- 二、地址：罗湖区莲塘祥和花园裙楼 A11、A12 号
- 三、法定代表人：蔡传志 主要负责人：蔡文颖
- 四、设置科目：口腔科

公示时间为 2012 年 1 月 10 日至 1 月 16 日。在公示期间内，社会公众如对该诊所的拟变更项目有意见和建议，可通过来信、来电、来访等形式向我局反映。反映情况应实事求是，客观公正。以个人名义反映的须提供签署或自报本人真实姓名并提供联系电话；以单位名义反映的应加盖本单位印章。我局对反映人和反映情况将严格保密，对所反映的情况和问题，将认真进行调查核实，并视情况以适当方式向反映情况和问题的单位或个人反馈。

受理部门：罗湖区卫生和人口计划生育局办公室。

受理地址：文锦中路罗湖区管理中心大厦 23 楼 2304 室。

联系电话：0755—25666786，**传真：**0755—25666784。

二〇一二年一月九日

