**附件 2**

诊 所 备 案 证 明

（试用）

名 称： 法定代表人：

地 址： 主要负责人：

所有制形式： 经 营 性 质：

备 案 编 号： 诊 疗 范 围：

该诊所备案事项齐全，予以备案

备案机关（盖章）

备案日期 年 月 日

（此证明一式两份，卫生健康部门、申请人分别留存）