

医疗广告审查证明

医疗机构 第一名称	好牙医口腔诊所		
《医疗机构执业许可证》登记号	PDY00159X51132213D2202	法定代表人 (主要负责人)	罗旭 (张亚娟)
医疗机构地址	营山县绥安街道正西街90号		
所有制形式	股份制	医疗机构类别	口腔诊所
诊疗科目	口腔科*****		
接诊时间	08:00 -- 18:00		
床位数(张)	6	联系电话	15892779418
发布媒体类别	网络	广告时长(秒)	0
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: 510000-20250702-093499		
本审查证明 有效期	壹年(自2025年7月3日起, 至2026年7月2日止)		
医疗广告 审查证明文号	(川)医广【2025】第07-03-1879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。

