一、行政检查



 卫 生 行 政 执 法 文 书

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  编号： **产品样品采样记录** 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　被采样人： 采样地址： 采样方法：采样时间 年 月 日 时 采样目的：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 样品名称 | 规　格 | 数量 | 包装状况或储存条件 | 生产日期及批号 | 生产或进口代理单位 | 采样地点 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

被采样人签名： 　　　 　　 采样人签名　　　　　　　　　　　　　　　 卫生行政机关名称并盖章 年 月 　 日 　　　　 　　　 　　 年　　　月　　　日 |
| 备注：本记录一式三联，第一联留存执法案卷，第二联交被采样人，第三联随样品送检。 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　中华人民共和国国家卫生健康委员会制定　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

卫 生 行 政 执 法 文 书

|  |
| --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　编号：**非产品样品采样记录**　　　　　　　　　　被采样人：采样地点： 采样方法：采样时间 年 月 日 时采样目的：采样设备或仪器名称：采集样品名称：采集样品编号:采集样品份数：被采样物品或场所状况：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　被采样人签名： 采样人签名　　　　　　　 卫生行政机关名称并盖章年 月 日 　　　　　 　　 年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　备注：本记录一式三联，第一联留存执法案卷，第二联交被采样人，第三联随样品送检。 |

中华人民共和国国家卫生健康委员会制定



卫 生 行 政 执 法 文 书

**产品样品确认告知书**

 文号：

 ：

本机关依法于 年 月 日在

采集到标识为你单位生产（进口代理）的产品样品，产地为

 ， 年 月 日生产的批号为 ，规格为 ，标识为 的 样品。根据

 的规定**，**你单位可在收到本告知书 日内将样品真实性的确认意见书面回复本机关或派员携带身份证明、单位授权证明到本机关对产品的真实性进行现场确认。

逾期未回复的，本机关将按照对样品真实性无异议处理。

对样品真实性有异议的，应在上述时限内提出并提供书面证明材料。

联系地址：

邮政编码：

联 系 人：

联系电话：

办公时间：

卫生行政机关名称并盖章

年 月 日

备注：本告知书一式二联，第一联留存执法案卷，第二联送产品生产或进口代理单位。

 中华人民共和国国家卫生健康委员会制定



卫 生 行 政 执 法 文 书

|  |
| --- |
| **检验结果告知书** 文号： ： 本机关依法对你单位 　　　　进行采样并委托有关单位进行了检验，检验结果不符合 ，详见检测报告（编号：）。依据　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　的规定，如对本检验结果有异议，可在收到检验报告之日起 日内提出书面复核申请，并申明理由。有下列情形之一的，不予复检：一、产品微生物指标超标的；二、留样超过保质期的；三、留样在正常储存过程中可能发生改变影响检验结果的；四、已进行过复检的；五、逾期提出复检申请的；六、样品的生产单位或进口代理商对其真实性提出异议，但不能提供有关证明文件的。特此告知。联系人：联系电话： 当事人签收： 　 　 　 卫生行政机关名称并盖章 　　　　　　　年 月 日　　　 　　 年 　 月 　 日 |
| 备注：本告知书一式二联，第一联留存执法案卷，第二联送样品生产、代理或经营单位。 |

 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会制定



卫 生 行 政 执 法 文 书

|  |
| --- |
|  编号：**现 场 笔 录**    第 页共 页当事人：检查机关：检查时间： 年 月 日 时 分至 时 分检查地点：卫生监督员示证检查，执法证件号码： **、 。**检查记录： 当事人签名：　　　　　 卫生监督员签名  年 月 日　　　　　　 　　　 年　　月　　日  |
| 中华人民共和国国家卫生健康委员会制定 |



卫 生 行 政 执 法 文 书

|  |
| --- |
|  编号：**卫生监督意见书** 　 当 事 人：地 址：联系电话：监督意见：当事人签收： 卫生行政机关名称并盖章 　　　　　　　年 月 日 　　 年 　　 月 　日 |
| 备注：本意见书一式二联，第一联留存执法案卷，第二联交当事人。 |

 中华人民共和国国家卫生健康委员会制定



 河 北 省 卫 生 计 生 行 政 执 法 文 书

|  |
| --- |
|  **责 令 改 正 通 知 书** 责改通字〔 〕第 号 ： 本机关于 年 月 日对你（单位） 进行了检查，发现存在以下问题：  。 依据 规定，现责令你（单位）在 月 日 时前按照以下要求改正： 联系人： 电 话： 地 址：  当事人签收： 卫生计生行政机关名称并盖章 年 月 日 　　 年 月 日　　　　 |
| 备注：本通知书一式二联，第一联留存执法案卷，第二联交当事人。 |

 中华人民共和国国家卫生健康委员会制定

1. 行政处罚



卫 生 行 政 执 法 文 书

|  |
| --- |
| **案件受理记录**案件来源： 案发单位（人）:受理时间： 年 月 日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　案情摘要： 经办人签名： 　　　　　　　 年 月 日 |
| 负责人意见：  负责人签名： 　　　　　　 年 月 日 |

 中华人民共和国国家卫生健康委员会制定



卫 生 行 政 执 法 文 书

**立 案 报 告**

当事人：

|  |
| --- |
| 案件来源： 受理时间： 案情摘要：经初步审查，当事人的行为违反了  的规定，依法应当给予行政处罚，建议立案。　　　　　　　　经办人签名： 　　　　 年 月 日 |
| 负责人审批意见：  　　　　　　　负责人签名： 　　　　　　　 年 月 日  |

 中华人民共和国国家卫生健康委员会制定



 卫 生 行 政 执 法 文 书

|  |
| --- |
|  编号：**现 场 笔 录**    第 页共 页当事人：检查机关：检查时间： 年 月 日 时 分至 时 分检查地点：卫生监督员示证检查，执法证件号码： **、 。**检查记录： 当事人签名：　　　　　 卫生监督员签名  年 月 日　　　　　　 　　　 年　　月　　日  |
| 中华人民共和国国家卫生健康委员会制定 |

卫 生 行 政 执 法 文 书

|  |
| --- |
|  **询 问 笔 录**  第 页共 页被询问人： 性别：年龄：住 址：证件名称： 号码：询问机关：询问时间： 年 月 日 时 分至 时 分询问地点：询问人员示证询问，执法证件号码： **、 。**现依法向你询问，请如实回答问题。询问内容：  被询问人阅后签名：　　　　 卫生监督员签名 　　  　　　　　 年 月 日 　　　　　年 月 日 |

中华人民共和国国家卫生健康委员会制定

卫 生 行 政 执 法 文 书

|  |
| --- |
|  **续页** 第 页共 页                    签字： 年 月 日 |

 中华人民共和国国家卫生健康委员会制定

河 北 省 卫 生 计 生 行 政 执 法 文 书

**调 取 证 据 通 知 书**

 罚调证通字[ ]第 号

 ：

我机关正在对你（单位）涉嫌违反 一事依法进行调查，你（单位）有提供相关证据和配合调查的义务。请你（单位）于 年 月 日前提供下列书面材料，逾期不提供或不如实提供的，将按照相关法律、法规的规定办理：

1.

2.

.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

……

以上材料要求A4页面。

提供材料地址：

联系人： 联系电话：

 卫生计生行政机关名称并盖章

签收人： 年 月 日

 年 月 日

备注：本文书一式二份，一份送交当事人，一份留存处罚案卷。

2017004 河北省卫生健康委员会制定

 河 北 省 卫 生 计 生 行 政 执 法 文 书

**证 据**（书证、物证）**提 取 清 单**

被取证单位名称：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 证据名称 | 数量 | 页数 | 原件/复印件 | 备 注 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 取证人签名 |  | 日 期 |  |
| 当事人签名 |  | 日 期 |  |
| 情况说明 |  |
| 备注：1.当事人拒绝签名的，证据提取人应当对拒签情况进行说明。 2.证据需要说明的，填写在备注一栏。 3.本文书一式二份，一份留存处罚案卷，一份交当事人。  |

2017005 河北省卫生健康委员会制定

 河 北 省 卫 生 计 生 行 政 执 法 文 书

**证 据** （照 片）**提 取 单**

被取证单位名称：

|  |  |
| --- | --- |
|  （照片黏贴处） | 证据说明 |
|  |
|  （照片黏贴处） | 证据说明 |
|  |
| 取证人签名 |  | 当事人签名 |  |
| 日 期 |  | 日 期 |  |

2017006 河北省卫生健康委员会制定

 河 北 省 卫 生 计 生 行 政 执 法 文 书

**抽 样 取 证 通 知 书**

 罚抽证通字[ ]第 号

 :

你（单位）因

 的行为，依照《中华人民共和国行政处罚法》第三十七条第二款的规定，本机关决定对你（单位） 的下列物品抽样取证。

附：抽样取证物品清单

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 名 称 | 数 量 | 品 级 | 规 格 | 型 号 | 形 态 | 备 注 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

 被抽样取证人签名： 年 月 日

 行政执法人员签名： 年 月 日

卫生计生行政机关名称并盖章

 年 月 日

备注：本文书一式二份，一份送交当事人，一份留存处罚案卷。

2017007 河北省卫生健康委员会制定

 河 北 省 卫 生 计 生 行 政 执 法 文 书

**抽 样 取 证 物 品 处 理 通 知 书**

 罚抽处通字[ ]第 号

 :

本机关于 年 月 日对你（单位） 等物品进行了抽样取证，现根据调查结果，依照 的规定 ，对被抽样取证的物品作出如下处理 ：

 附：抽样取证物品处理清单

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 名 称 | 数量 | 品级 | 规格 | 型号 | 形态 | 处理意见 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

 被抽样取证人签名： 年 月 日

 行政执法人员签名： 年 月 日

 卫生计生行政机关名称并盖章

 年 月 日

备注：本通知书一式二份，一份交当事人，一份留存处罚案卷。

2017008 河北省卫生健康委员会制定



 卫 生 行 政 执 法 文 书

 **物 品 清 单**

（ 号 文书附件）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 物品名称 | 数量（单位） | 规格、包装状况或储存条件 | 生产或进口代理单位 | 生产日期及批号 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

以上物品品种、数量经核对无误。

当事人签字： 承办人签字：

年 月 日 年 月 日

备注：本通知书一式二联，第一联留存执法案卷，第二联交当事人。

中华人民共和国国家卫生健康委员会制定



　卫 生 行 政 执 法 文 书

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **证据先行登记保存决定书** 文号 ：根据《中华人民共和国行政处罚法》第三十七条第二款规定，本机关决定对你(单位)下列物品作为证据以 　　　方式，从　 年　 月　 日至　 年　 月　 日，在　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　进行登记保存。　　登记保存的物品清单如下：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 物品名称 | 数量 | 规格、包装状况或储存条件 | 生产或进口代理单位 | 生产日期及批号 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

以上证据在保存的期限内应当妥为保管，未经本机关同意，不得销毁或转移。当事人签收： 卫生行政机关名称并盖章年 月 日 年 　月　 日  |
| 备注：本决定书一式**二**联，第一联留存执法案卷，第**二**联交当事人。 |

中华人民共和国国家卫生健康委员会制定



卫 生 行 政 执 法 文 书

|  |
| --- |
| **证据先行登记保存处理决定书** 　　　　　　　文号 ：根据《中华人民共和国行政处罚法》第三十七条第二款规定，对本机关 　　年　　月　　日作出的　　　　　　　　　　　号《证据先行登记保存决定书》载明的作为证据保存的物品，作出以下处理决定：当事人签收： 卫生行政机关名称并盖章年 月 日 年 月 日 |
| 备注：本决定书一式**二**联，第一联交当事人，第**二**联留存执法案卷。 |

 中华人民共和国国家卫生健康委员会制定

河 北 省 卫 生 计 生 行 政 执 法 文 书

|  |
| --- |
| **无证行医案件证据先行登记保存决定书** 文号 ：根据《中华人民共和国行政处罚法》第三十七条第二款、《无证行医查处工作规范》第十四条第一款规定，本机关决定对你(单位)药品、器械等物品作为证据以先行封装并指定地点的方式，从　 年　 月　日至　 年 月　日，在　　　　　　　　　　　　　进行登记保存。请你（单位）于 年 月 日到 对证据先行登记保存的药品、器械等物品拆封清点。如未在规定期限内到指定地点，视为你（单位）自动放弃参与清点的权利。本机关将依据《无证行医查处工作规范》第十四条规定，安排执法人员自行清点。逾期未作出处理决定的，先行登记保存措施自动解除。当事人签收： 卫生计生行政机关名称并盖章 年 月 日 年 　月　 日  |
| 备注：1.本文书仅用于查处无证行医案件，物品清点之后需要填写相关物品清单。2.本文书一式**二**份，一份留存处罚案卷，一份交当事人。  |

2017009 河北省卫生健康委员会制定



卫 生 行 政 执 法 文 书

|  |
| --- |
| **案件调查终结报告**当 事 人：案 由：承办机构：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　案情及违法事实：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　相关证据：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　争议要点：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　处理建议：承办人： 年 月 日  |
| 负责人意见：负责人签名： 　年 月 日 |

中华人民共和国国家卫生健康委员会制定

河 北 省 卫 生 计 生 行 政 执 法 文 书

**案件调查终结报告**（说理式）

案件调查的来源、调查经过

（概括交代案件由来，包括案件来源、登记时间、立案时间和批准立案的机关等；调查经过，包括办案人员的组成、调查方式、调查时间等）。

当事人（基本情况）

违法事实和相关证据

（当事人实施违法行为的具体事实包括其从事违法行为的时间、地点、目的、手段、情节、违法所得、危害后果等，要客观真实，所描述的事实必须得到相关证据的支持）。

违反法律规定的行为和行政处罚的法律依据及行政处罚自由裁量规则依据

（对当事人的违法行为进行定性，引用法律条文要具体到条、款、项、目以及处罚裁量基准内容）。

处理建议

（办案机构提出的对案件当事人的具体处罚意见，包括明确的行政处罚的种类和幅度）。

 执法机构名称并盖章

年 月 日

备注：本文书用于撰写说理式的调查终结报告。

2017010 河北省卫生健康委员会制定

河 北 省 卫 生 计 生 行 政 执 法 文 书

**执法机构案件办理内部审批表**

|  |  |
| --- | --- |
| 申 请事 项 |  |
| 案 由 |  | 立案日期 |  |
| 当事人情况 | 公民 | 姓 名 |  | 性别 |  | 职业 |  | 身份证号码 |  |
| 单 位 |  |
| 单位 | 名 称 |  | 法定代表人（负责人）姓名 |  |
| 地 址 |  | 联系方式 |  |
| 案 情简 介 |  |
| 承办人意 见 |   签名或盖章： 年 月 日 |
| 处（科）室负 责 人意 见 |   签名或盖章： 年 月 日 |
| 执法机构负 责 人意 见 |   签名或盖章： 年 月 日 |
| 备注：1.本文书用于报请执法机构负责人审批的事项。 2.“案由”描述违法行为时在调查终结前应当冠以“涉嫌”二字。 |

2017002 河北省卫生健康委员会制定



卫 生 行 政 执 法 文 书

**卫生行政执法事项审批表**

当事人：

案由：

申请审批事项： （请在以下项目**□**内选择打“√”）

□证据先行登记保存 □查封扣押措施 □查封扣押延期

□行政处罚听证告知 □行政处罚 □案件移送

□申请法院强制执行 □其他事项：

(申请行政处罚审批时，申请审批事项中应当写明主要违法事实、证据、处罚理由及依据。申请证据先行登记保存、查封扣押审批时，申请审批事项中应当写明原因及依据。)

处理意见：

承办人：

年 月 日

审核意见：

 审核人：

 年 月 日

审批意见：

 卫生行政机关负责人：

年 月 日

中华人民共和国国家卫生健康委员会制定



卫 生 行 政 执 法 文 书

|  |
| --- |
|  **合 议 记 录** 　　　 第 页共 页 案由：合议主持人：参加合议人员：合议时间：　　　年　　月　　日　　时　　分至　　时　　 分合议地点：合议意见:（包括违法事实、相关证据、处罚依据及合议建议等内容）合议记录：（记录合议的过程，对不同的合议意见应当如实记录）合议人员签名： 记录人员签名：　　　 　年 月 日 　　　　　年 月 日 |

 中华人民共和国国家卫生健康委员会制定

河 北 省 卫 生 计 生 行 政 执 法 文 书

|  |
| --- |
| **重大处罚集体讨论记录**案件名称： 案号： 时 间： 年 月 日 时 分至 时 分地 点： 集体讨论原因：  主持人： 职务： 记录人： 职务： 参加人员：  列席人员： 承办人汇报案件情况：  听证主持人汇报听证情况：   参加人员意见和理由：   结论性意见:   主持人签名： 记录人签名： 年 月 日 年 月 日  |

2017011 河北省卫生健康委员会制定

卫 生 行 政 执 法 文 书

|  |
| --- |
| **行政处罚事先告知书**　　　　　　　　　　　　文号 ： 你(单位)　　　 　　　　　　　　　　　　　　　  的行为，违反了  的规定，依据 的规定，本机关拟对你(单位)作出  的行政处罚。根据《中华人民共和国行政处罚法》第三十一条和第三十二条规定，你（单位）享有对此进行陈述和申辩的权利。可在 年 月 日前到  进行陈述和申辩。□根据《中华人民共和国行政处罚法》第四十二条第一款规定，你（单位）有要求举行听证的权利。如你（单位）要求听证，应当在收到本通知后3日内提出申请。逾期视为放弃听证。（在□内打“√”的为当事人享有该权利。）联系电话： 联 系 人：地 址： 邮政编码： 当事人意见记录：当事人签名： 　 　 卫生行政机关名称并盖章 　　　　　 　年 月 日 　 年 月 日  |
| 备注：本告知书一式二联，第一联留存执法案卷，第二联交当事人。 |

中华人民共和国国家卫生健康委员会制定

 河 北 省 卫 生 计 生 行 政 执 法 文 书

**执法文书电子送达确认书**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 当事人 | 名称 |  |
| 地址 |  |
| 案 由 |   |
| 告 知事 项 | 为方便当事人和提高行政效率，本机关在案件办理过程中将采用电子邮件、微信、传真等方式向当事人送达相关执法文书（行政处罚决定书除外）。你若同意，请签字或盖章确认。 |
| 当事人确 认 | 我已经阅读本确认书告知的事项，并保证所提供的以下地址真实有效： 1.电子邮箱地址：  2.微信号：  3.传真电话： 当事人（签章） 年 月 日 |
| 其 他事 项 |  |
| 备注：当事人同意采用邮寄方式接收执法文书的，可以将具体邮寄地址填写在“其他事项”一栏。 |
| 2017003 河北省卫生健康委员会制定 |

卫 生 行 政 执 法 文 书

|  |
| --- |
|  **送 达 回 执**行政机关：（盖章）受送达人（单位）：送达文件名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　 文号：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 文号：送达方式：送达地点：送达人签名：　　　　　　　　　　　　　　　　　送达时间：　　　年　　　月　　　日收件人签名：　　　　　　　　　　　　　　　　　收件时间：　　　年　　　月　　　日 |
| 留置送达：受送达人拒绝接受送达文件，代收人不愿意在送达文书上签名／盖章，送达人员将送达文书留置在　　　　　　　　　　　　　　　　　　。　　　见证人签名：　　　　　　　　　　　 |
| 邮寄送达：送达文书已用挂号信发出，挂号信回证日期为　　　　年　　　　月　　　　日，回证号码为　　　　　　　　　　　　　　。 　　 　　  |
| 备注（或挂号信回证粘贴处）：  |

中华人民共和国国家卫生健康委员会制定

卫 生 行 政 执 法 文 书

|  |
| --- |
|   编号：**当场行政处罚决定书** 　　  　　　　　：本机关于 年 月 日查明你（单位）有下列违法行为：    上述行为已违反了  之规定，现依据  规定 ，决定予以你（单位）□警告；□罚款 元的行政处罚。同时责令（立即/日内）改正违法行为。罚款于收到本决定书之日起15日内缴至 。逾期不缴纳罚款的，依据《行政处罚法》第五十一条第（一）项规定，每日按罚款数额的3%加处罚款。如不服本处罚决定，可在收到本处罚决定书之日起60日内向　　　　　　　　　　　或　　　 人民政府申请行政复议，或者6个月内向 　　　　　人民法院起诉，但不得停止执行本处罚决定。逾期不申请行政复议也不向人民法院起诉，又不履行处罚决定的，本机关将依法申请人民法院强制执行。卫生监督员签名　　　　　　　　　　 卫生行政机关名称并盖章　　　　　　　　　　 年　　月　　日 我于 年 月 日 收到本决定书，卫生监督员在处罚前已向我（单位）告知了权利，并听取了我的陈述和申辩。当事人签名： 年　月　日 备注：本决定书一式**二**联，第一联留存执法案卷，第**二**联交当事人。  |

 中华人民共和国国家卫生健康委员会制定

河 北 省 卫 生 计 生 行 政 执 法 文 书

|  |
| --- |
| **行政处罚决定书**  (说理式)文号被处罚人：（单位名称或姓名，法定代表人，地址，联系电话等）　　　　　　 本机关于 年 月 日（简述立案、查封扣押、告知、听证等法定程序）现已查明：（违法事实、法定情节） 以上事实，主要证据如下： （逐一列举证据和所证明的内容）本机关认为：（上述行为违反哪些法律、法规、规章等规范性文件的规定，被处罚人的陈述申辩理由是否采信及其理由）  现依据（法律、法规、规章具体条文、处罚裁量基准）规定，经本机关研究决定，（责令当事人立即改正上述违法行为，）并作出行政处罚如下：罚款于收到本决定书之日起15日内缴至　　　　　 。逾期不缴纳罚款的，依据《行政处罚法》第五十一条第一项规定，每日按罚款数额的3%加处罚款。如不服本处罚决定，可在收到本处罚决定书之日起60日内向　　　　　　　　　　　或 人民政府申请行政复议，或者6个月内向 　　　　　人民法院起诉，但不得停止执行本处罚决定。逾期不申请行政复议也不向人民法院起诉，又不履行处罚决定的，本机关将依法申请人民法院强制执行。 卫生计生行政机关名称并盖章 年 月 日 附：处罚依据条文 |
| 备注：本决定书一式二份，一份留存执法案卷，一份交当事人。 |

2017012 河北省卫生健康委员会制定



卫 生 行 政 执 法 文 书

|  |
| --- |
| **行政处罚决定书**文号被处罚人：　　　　　　　　 地址：本机关依法查明　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 。以上事实有  为证。你(单位)违反了 　　　　　　　的规定。现依据 的规定，决定予以你(单位) 　　　　 　　　　　　的行政处罚。罚款于收到本决定书之日起15日内缴至　　　　　　　　　　　　　　　　 　。逾期不缴纳罚款的，依据《行政处罚法》第五十一条第（一）项规定，每日按罚款数额的3%加处罚款。如不服本处罚决定，可在收到本处罚决定书之日起60日内向　　　　　　　　　　　或 人民政府申请行政复议，或者6个月内向 　　　　　人民法院起诉，但不得停止执行本处罚决定。逾期不申请行政复议也不向人民法院起诉，又不履行处罚决定的，本机关将依法申请人民法院强制执行。 卫生行政机关名称并盖章 年 月 日 |
| 备注：本决定书一式二联，第一联留存执法案卷，第二联交当事人。 |

中华人民共和国国家卫生健康委员会制定

卫 生 行 政 执 法 文 书

|  |
| --- |
|  　　　**陈述和申辩笔录**  第 页共 页当事人：案 由：陈述申辩人：承办机关：承办人： 陈述和申辩地点：陈述和申辩时间：　　　年　　月　　日　　时　　分至　　时　　分陈述和申辩内容：陈述申辩人签名： 　 卫生监督员签名　　　 　　 　 　　  　 　　　　 年 月 日 　　　 年 月 日 |

中华人民共和国国家卫生健康委员会制定

卫 生 行 政 执 法 文 书

|  |
| --- |
|  　　　**陈述和申辩复核意见书** 第 页共 页陈述申辩人： 陈述和申辩的理由和证据： 调查复核情况： 复核人意见： 复核人签名： 年 月 日 承办机构意见： 承办机构负责人签名： 年 月 日 卫生行政机关意见： 卫生行政机关负责人签名： 年 月 日 |

中华人民共和国国家卫生健康委员会制定

卫 生 行 政 执 法 文 书

|  |
| --- |
| **行政处罚听证通知书**文号 ：你(单位)提出的听证要求收悉。本机关决定组织听证，现将有关事项通知如下：一、听证时间 年 月 日 时　　　分二、听证地点 三、听证方式： A、公开听证 B、不公开听证（原因： ）四、听证主持人 、听证员 、书记员 ，如认为上述人员与案件有直接利害关系，可以申请回避。五、请事先准备好有关证据，通知证人和代理人准时参加。逾期视为放弃听证。联 系 人：联系电话：当事人签收： 卫生行政机关名称并盖章年 月 日 年 　月 　 日 |
| 备注：本通知书一式二联，第一联卫生行政机关留存，第二联交当事人。 |

中华人民共和国国家卫生健康委员会制定

卫 生 行 政 执 法 文 书

|  |
| --- |
| **听 证 笔 录** 第 页共 页当事人：  委托代理人：案件承办人： 听证主持人： 听证员：　　　　　　　　 书记员：听证方式： A、公开听证 B、不公开听证听证地点：听证时间： 年 月 日 时 分至 时 分案由：记录：参加听证人员签名： 年 月 日 |

中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会制定

卫 生 行 政 执 法 文 书

|  |
| --- |
| **听 证 意 见 书** 本机关对 案，拟作出 　　　　　　　 　　 的行政处罚，依照《中华人民共和国行政处罚法》第四十二条之规定，本机关于 年 月 　日进行了（公开/不公开）听证，当事人与案件承办人员分别就案件事实作了陈述，并进行了相互质证。当事人陈述的内容和提供的证据主要为：案件承办人员陈述的内容和提出的证据主要为：听证人员在充分听取双方意见后，经过综合评议提出以下意见：听证人员签名：  　　　　　　 年 月 日 |
| 行政机关负责人意见： 负责人签名： 　　　　　 年 月 日  |

中华人民共和国国家卫生健康委员会制定

河 北 省 卫 生 计 生 行 政 执 法 文 书

 **违法物品销毁记录**

违法物品销毁依据：

违法物品销毁地点：

违法物品销毁时间： 年 月 日 时至 年 月 日 时

违法物品销毁方式：（掩埋；焚烧；碾轧；损毁）

执行销毁物品人员签名：

监督执行销毁物品人员签名：

被执行销毁物品的单位代表签名：

销毁物品清单：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 销毁物品名称 | 数 量 | 规 格 | 颜 色 | 形 态 | 备 注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

销毁过程的影像资料：

2017013 河北省卫生健康委员会制定

河 北 省 卫 生 计 生 行 政 执 法 文 书

**回访记录**

当 事 人：

地 址：

联系电话：

回访事由：□责令改正　□行政处罚 □其他事项核查

回访记录：

当事人签名：　　　　　 执法人员签名:

 年 月 日　　　　　　 年　月　日

2017015 河北省卫生健康生育委员会制定



卫 生 行 政 执 法 文 书

|  |
| --- |
| **公 告**文号 本机关于 年 月 日 时对  进行检查，经查实    。上述活动违反了  的规定，被认定为非法行为，现决定依法对该单位  。 特此公告。   卫生行政机关名称并盖章 年 月 日  |

中华人民共和国国家卫生健康委员会制定



卫 生 行 政 执 法 文 书

|  |
| --- |
| **案 件 移 送 书** 　　　文号 ：本机关于 年 月 日受理的  案件，因为 ，根据 的规定，应当由你单位处理。现将下列材料移送你单位，并请将查处结果函告本机关。 移送的材料目录： 卫生行政机关名称并盖章 年 　月 　日  |
| 备注：本移送书一式二联，第一联留存执法案卷，第二联交受移送单位。 |

中华人民共和国国家卫生健康委员会制定



 卫 生 行 政 执 法 文 书

 **催 告 书**

文号

 ：

你（单位）尚未履行我机关于 年 月 日对你（单位）作出的行政决定（《 》文号/编号： ），收到本催告书之日起10日内，将罚没款 元、加处罚款 元缴至

并履行下列义务 。如不履行上述义务，本机关将依法申请法院强制执行。

如你（单位）对此有异议，根据《中华人民共和国行政强制法》的有关规定，

可在收到本催告书之日起10日内到

进行陈述和申辩。

当事人签收： 卫生行政机关名称并盖章

年 月 日 　　 年 　月 　 日

备注：本通知书一式二联，第一联留存执法案卷，第二联交当事人。

 中华人民共和国国家卫生健康委员会制定



卫 生 行 政 执 法 文 书

|  |
| --- |
| **结 案 报 告** 当 事 人： 案 由：立案日期： 年 月 日1. 作出行政处罚决定

处罚决定书文号：（一）处罚内容：（二）执行方式：（三）执行日期：（四）执行结果：（如未执行或未完全执行需说明原因）1. 不予行政处罚的理由

建议本案结案。承办人签名： 年 月 日 |
| 负责人审批意见： 负责人签名：  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年 月 日 |

中华人民共和国国家卫生健康委员会制定

|  |
| --- |
|  （行政机关名称）行政处罚案卷案件名称： 行政处罚决定书文号： 办案单位： 立卷人： 归档时间：  |
| 自 年 月至 年 月 | 归档号 |  |
| 本卷共 件 页 | 保管期限 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 全宗号 | 目录号 | 案卷号 |
|  |  |  |

2017016 河北省卫生健康委员会制定

**卷 内 文 件 目 录**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 顺序号 | 文 号 | 责任者 | 题 名 | 日期 | 页号 | 备 注 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

2017017 河北省卫生健康委员会制定

卷 内 备 考 表

|  |
| --- |
| 本卷说明：立 卷 人: 检 查 人: 立卷时间:  |

2017018 河北省卫生健康委员会制定

四、行政强制



卫 生 行 政 执 法 文 书

**强制执行申请书**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　文号

 　　　人民法院：

关于 一案的行政决定（《 》文号/编号： ）已于 年 月 日送达，当事人逾期未履行该行政决定，也未申请行政复议或提起行政诉讼，经依法催告仍未履行。根据《中华人民共和国行政强制法》第五十三条之规定，特申请强制执行。当事人基本情况及申请执行的内容如下：

当事人

地址 邮编

法定代表人 性别 年龄 职务

申请执行内容：

附件：

申请单位地址： 　　　　　　　　　　　　　邮编：

联系人： 、 电话：

卫生行政机关负责人签名：

 卫生行政机关名称并盖章

  　　　 　年 月 日

　备注：本申请书一式二联，第一联留存执法案卷，第二联送交人民法院。

 中华人民共和国国家卫生健康委员会制定

定



卫 生 行 政 执 法 文 书

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **卫生行政控制决定书** 　 文号 ： 鉴于  原因，根据  的规定，本机关决定对下列物品或场所进行控制：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 控制物品或场所名称 | 控制地点  | 控制方式 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

本机关将于日内对被控制的物品或场所依法作出处理决定。此前，你单位不得销毁或使用被控制的物品或场所，并负有安全保障责任。如不服本控制决定，可依法申请行政复议或向人民法院起诉，但不影响本控制决定的执行。当事人签收： 卫生行政机关名称并盖章 　　　　 年 月 日 年 月 日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　备注：本决定书一式**二**联，第一联留存执法案卷，第**二**联交当事人。 |

 中华人民共和国国家卫生健康委员会制定

定



卫 生 行 政 执 法 文 书

|  |
| --- |
| **解除卫生行政控制决定书**文号 ：本机关于 年 月 日作出的 号《卫生行政控制决定书》**，**对你（单位）的有关物品或场所采取了相应的控制措施，经研究，现决定依法解除控制。特此通知。 当事人签收： 卫生行政机关名称并盖章 　　　　　　　年 月 日 年 　 月 日 |
| 备注：本决定书一式**二**联，第一联留存执法案卷，第**二**联交当事人。 |

 中华人民共和国国家卫生健康委员会制定



 卫 生 行 政 执 法 文 书

**查封、扣押决定书**

文号

当事人：

地址：

经查，你（单位） 行为涉嫌违反 的规定，根据 的规定，本机关决定对你（单位）涉案物品予以扣押，详见物品清单；对你（单位）下列场所、设施予以查封：

本机关将于30日（不包括检测、检验、检疫或者技术鉴定期限）内对上述被查封扣押的场所、设施或财物作出处理决定。

如不服本决定，可在收到本决定书之日起60日内向

或　　　 人民政府申请行政复议，也可在3个月内向

 人民法院起诉。

当事人签收： 卫生行政机关名称并盖章

　　　　 年 月 日 年 月 日

备注：本决定书一式二联，第一联留存执法案卷，第二联交当事人。

中华人民共和国国家卫生健康委员会制定



卫 生 行 政 执 法 文 书

 **查封、扣押处理决定书**

文号

 ：

本机关于 年 月 日对你（单位）作出的查封、扣押决定（文号： ）所查封、扣押的场所、设施或财物，经审查，依据《中华人民共和国行政强制法》第二十一条、二十七条和二十八条规定，本机关决定对你（单位）作出如下处理决定：

当事人签收： 卫生行政机关名称并盖章

　　　　 年 月 日 年 月 日

备注：本决定书一式二联，第一联留存执法案卷，第二联交当事人。

中华人民共和国国家卫生健康委员会制定

卫 生 行 政 执 法 文 书

**查封、扣押延期通知书**

文号

当事人：

地址：

本机关于 年 月 日对你（单位）作出的查封、扣押决定（文号： ），因 ，依据《中华人民共和国行政强制法》第二十五条规定，经批准延长查封、扣押期限 日。

当事人签收： 卫生行政机关名称并盖章

　　　　 年 月 日 年 月 日

备注：本决定书一式二联，第一联留存执法案卷，第二联交当事人。

 中华人民共和国国家卫生健康委员会制定

 封 条 封至　　　年　　月　日

  　　　　　　卫生行政机关名称并盖章

年　　月　　　日

年 月 日

 年 月 日

中华人民共和国国家卫生健康委员会制定

 河 北 省 卫 生 计 生 行 政 执 法 文 书

**责令停产停业通告**

 文号：

 因从事

 的活动，违反了

 规定，本机关依据

 规定，作出责令停产停业的行政处罚决定。现从即日起至 月 日止执行上述处罚决定，望公众予以监督。

 举报电话：

卫生计生行政机关名称并盖章