附件1

南浔区儿童口腔疾病综合干预项目

定点医疗机构申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 基  本  情  况 | 单位名称 |  | | |
| 单位地址 |  | | |
| 法人代表 |  | 联系方式 |  |
| 联系人 |  | 联系方式 |  |
| 总面积 |  | 业务用房面积 |  |
| 业  务  情  况 | 执业许可证  登记号 |  | | |
| 牙椅数 |  | 卫技人员总数 |  |
| 移动牙椅数 |  |
| 口腔类别执业医师数 |  | 中级职称以上口腔类别执业医师数 |  |
| 护理人员数 |  | 其他卫技人员数 |  |
| 申  请  情  况 | 申请理由（可另附纸）： | | | |
| 申请单位意见（盖章）  年 月 日 | | | |
| 区卫生健康局意见（盖章）  年 月 日 | | | |