**口腔专科联盟成员单位申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **医疗机构名称** |  | **医疗机构类别** |  级 等综合医院/口腔专科/其他专科 |
| **执业证登记号** |  | **机构经济类型** | □公立 □非公立 |
| **医疗机构地址** |  | **编制口腔专业****床位（牙椅）数** |  床 牙椅 |
| **口腔专业****年门（急）诊人次** |  | **口腔专科****实际开放床位、牙椅数** |  床 牙椅 |
| **口腔专业****年急诊人次** |  | **口腔专业住院相关****年出院人次、手术台数** |  人次 台次 |
| **口腔专业医师人数** | 执业医师 人助理医师 人 | **口腔诊疗护理人数** |  |
| **法人代表姓名** |  | **手机** |  | **邮箱** |  |
| **医务科主任姓名** |  | **手机** |  | **邮箱** |  |
| **口腔科主任姓名** |  | **手机** |  | **邮箱** |  |
| **联络员姓名** |  | **手机** |  | **邮箱** |  |
| 是否为山东省口腔医院已签约协议医院： □是 □否 合作形式： |
| **申请机构口腔专业基本情况介绍：**（包含合作资质、管理水平、专科规模、发展潜力和专科能力等情况，以及合作的相关要求。）**请另附页填写，并提供医疗机构执业许可证（副本）电子版或复印件。** |
| 申请机构法人代表签字：单位盖章： 年 月 日 |
| 合作办医领导小组审核意见： 负责人签字： 年 月 日 |
| 山东省口腔医院党政联席会决议： 院长签字： 年 月 日 |