**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 | | | | | | | |