附件6

\_\_\_\_\_年《重庆市儿童口腔疾病综合干预项目》定点医疗机构资质审查表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区县 |  | 单位名称 |  |
| 医疗机构执业许可证号 |  |
| 单位邮编 |  | 地点 |  |
| 服务范围 |  |
| 口腔医疗的诊室面积 |  |
| 诊室服务内容 |  |
| 社会服务（学校宣教情况） | 项目单位开展学校口腔健康宣教的人数 人 |
| 口腔专业技术人员数 | 人 | 其中参加该项目口腔技术人员数 | 人 |
| 其中参加该项目护士/师人员数 | 人 |
| 牙椅数量 | 台 | 可提供给该项目的牙椅数 | 台 |
| 医疗消毒隔离措施情况 |  |
| 项目负责人 |  | 办公电话 |  | 移动电话 |  |
| 项目联系人 |  | 办公电话 |  | 移动电话 |  |
| 传真 |  | 就诊预约电话 |  |
| 工作QQ |  | 电子邮箱 |  |
| 定点医疗机构意见（加盖公章） | 日期： 年 月 日 |
| 区（县）卫生健康行政部门审查意见（加盖公章） | 日期： 年 月 日 |